

Enfermagem VII

Orientações de Atuação de Enfermagem
Criança e Jovem

ENFERMAGEM VII – CRIANÇA E JOVEM

ORIENTAÇÕES DE ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM

FICHA TÉCNICA

Coordenadora

Ana Lúcia Ramos

Revisão Científica

Ana Lúcia Ramos

Ana Rita Figueira

Carla Trindade

Francisco Vaz

Marta Castro Jesus

Mónica Costa

Autores e Colaboradores

Equipa Docente da Unidade Curricular de Enfermagem VII

Estudantes do 17.º CLE da ESS | IPS, no âmbito da UC de Enfermagem VII

Estudantes do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Edição

Departamento de Enfermagem ESS | IPS

Campus do IPS, Estefanilha

2914-503 Setúbal, Portugal

www.ess.ips.pt

ISBN: 978-989-54837-2-3

Data: dezembro de 2020

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EFS-VM – Early Feeding Skills – Versão modificada

HTA – Hipertensão arterial

IMC – Índice de massa Corporal

PNRN – Programa Nacional de Rastreio Neonatal

RN – Recém-nascido

ÍNDICE GERAL

APRESENTAÇÃO	7
EXECUTAR CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA NA FAMÍLIA	9
ORIENTAÇÃO 01. COMUNICAR COM CRIANÇA E CUIDADORES	11
Adriana Rodrigues, Ana Polido, Inês Marçal, João Cruz & Francisco Vaz	
ORIENTAÇÃO 02. COMUNICAR COM JOVENS	19
Carla Trindade & Ana Lúcia Ramos	
ORIENTAÇÃO 03. COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS A CRIANÇAS/ JOVENS E CUIDADORES	29
Marta Jesus & Ana Lúcia Ramos	
EXECUTAR CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO	35
ORIENTAÇÃO 04. REALIZAR O EXAME FÍSICO AO/A RECÉM-NASCIDO	37
Bruno Ermida, Catarina Simões, Carlos Regueiró, Rúben Costa, Mónica Costa & Francisco Vaz	
ORIENTAÇÃO 05. AVALIAR AS COMPETÊNCIAS ORAIS DO/A RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO	49
Ana Sartóris, Mónica Costa & Ana Lúcia Ramos	
ORIENTAÇÃO 06. EXECUTAR RASTREIO NEONATAL	57
Ana Lúcia Ramos & Francisco Vaz	
ORIENTAÇÃO 07. MONITORIZAR CRESCIMENTO NA CRIANÇA	65
Ana Lúcia Ramos & Francisco Vaz	
PROMOVER O CONFORTO	85
ORIENTAÇÃO 08. ADEQUAR ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE DOR	87
Ana Margarida Ferreira, Carmen Cerqueira, Joana Barata, Ana Lúcia Ramos & Marta Jesus	
PROMOVER ALIMENTAÇÃO EFETIVA	95
ORIENTAÇÃO 09. ALIMENTAR O/A RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO POR VIA ORAL	97
Ana Sartóris, Mónica Costa & Ana Lúcia Ramos	
PREVENIR COMPLICAÇÕES	109
ORIENTAÇÃO 10. EXECUTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO/À RECÉM-NASCIDO/A SUBMETIDO/A A FOTOTERAPIA	111
Inês Castro, Lavínia Mendes, Mara Gonçalves, Marisa Oliveira, Patrícia Estevam, Ana Rita Figueira & Mónica Costa	

APRESENTAÇÃO

O presente E-Book destina-se a servir de suporte aos conteúdos lecionados na unidade curricular de Enfermagem VII – Criança e Jovem, integrada no 1.º semestre do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

No presente e-Book – **Enfermagem VII: Atuação em Enfermagem – Criança e Jovem** são apresentadas 10 orientações de atuação de enfermagem, integradas em 5 áreas temáticas, sensíveis aos cuidados de enfermagem: 1) executar cuidados centrados na criança na família; 2) executar cuidados centrados no desenvolvimento; 3) promover o conforto; 4) promover alimentação efetiva; 5) prevenir complicações.

Cuidar de crianças pressupõe um “modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2018)¹, pelo que neste documento optou-se pela utilização do termo *cuidador*, considerando a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019)², como sendo “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”, integrado na maioria das vezes na *família*, definida como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2019).

Este documento nasceu de questões, pesquisas, sínteses e reflexões desenvolvidas por estudantes e professores do DE da ESS | IPS, materializando-se agora num material pedagógico - um recurso digital de fácil acesso, de apoio às aulas teóricas, teórico-práticas, práticas e ao ensino clínico/ estágio do Curso de Licenciatura em Enfermagem, constituindo-se numa mais-valia para diferentes atores e contribuindo, em nosso entender, para a qualidade da aprendizagem de estudantes.

Ana Lúcia Ramos

Responsável da Unidade Curricular de Enfermagem VII – Criança e Jovem

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal

¹ Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018.

² International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

EXECUTAR CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA NA FAMÍLIA

Orientação 01. *Comunicar com crianças e cuidadores*

Orientação 02. *Comunicar com jovens*

Orientação 03. *Comunicar más notícias a crianças/ jovens e cuidadores*

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 01. COMUNICAR COM CRIANÇA E CUIDADORES

Adriana Rodrigues, Ana Polido, Inês Marçal, João Cruz & Francisco Vaz

DEFINIÇÃO:

Procedimento de carácter autónomo que permite ao/à enfermeiro/a a recolha de dados pertinentes à prestação dos cuidados às crianças e cuidadores, tendo em conta o estabelecimento de uma relação terapêutica com os mesmos, com foco nos seus objetivos de saúde e na promoção do bem-estar dos clientes. A entrevista é uma forma específica de comunicação direcionada para um objetivo. No decorrer da entrevista O/a enfermeiro/a focaliza a sua atenção nas crianças e cuidadores para determinar as suas formas de lidar com os problemas e as formas como reagem aos ensinamentos (Hockenberry & Wilson, 2014).

OBJETIVOS:

Estabelecer uma relação terapêutica com a criança e cuidadores, de modo, a facilitar a abordagem aos mesmos aquando da prestação de cuidados;

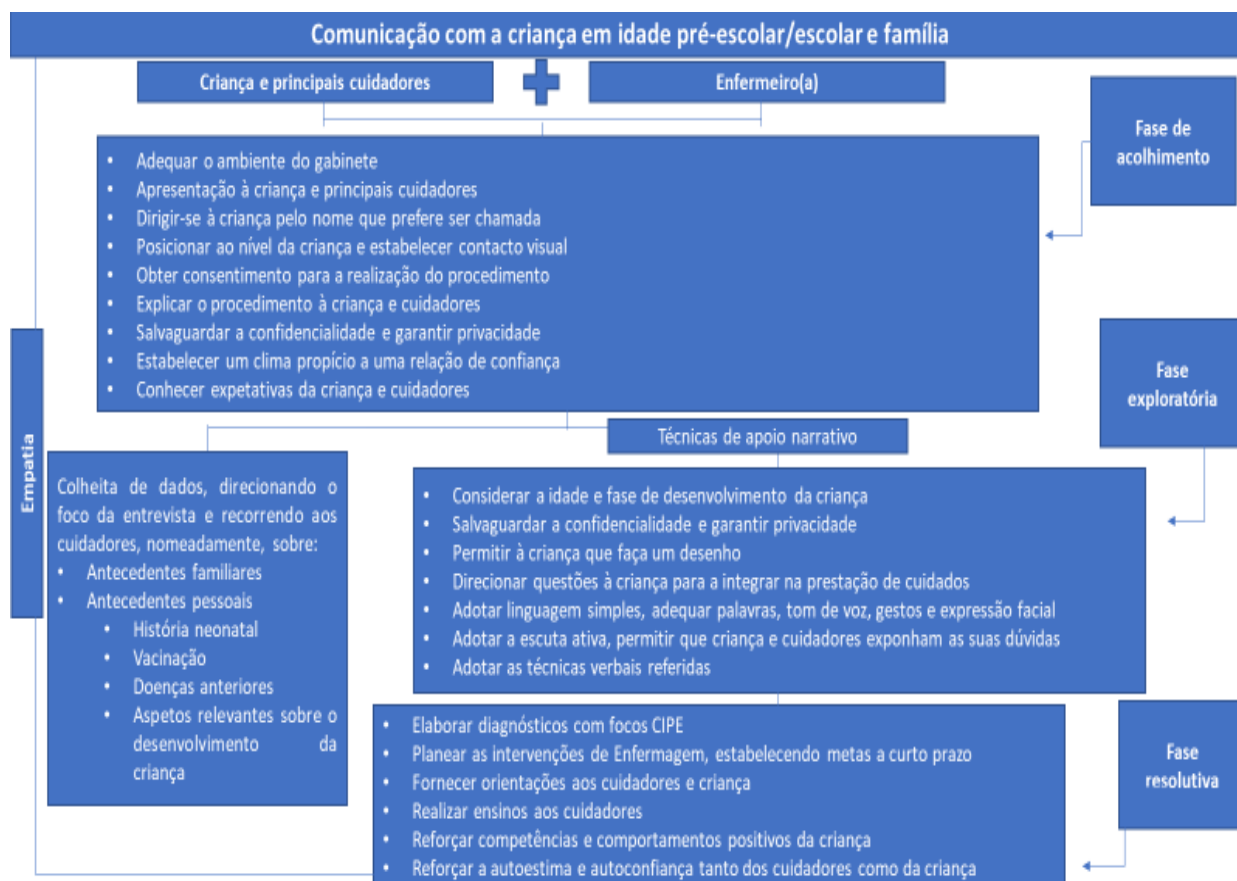
Integrar as crianças e a cuidadores na prestação dos cuidados de enfermagem.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Elabore um guião de entrevista para a recolha de dados ou utilize um formulário existente no serviço.

Verifique os dados da consulta anterior (se aplicável).



Fluxograma (Fonte: Guia Orientador de Boa Prática Saúde Infantil Pediátrica - OE, 2010)

Durante o procedimento:

Fale num tom de voz calmo, amigável e seguro. Use linguagem simples e direta tendo em consideração a importância de ser sincero, o que contribui para a construção de uma relação de confiança que proporciona segurança à criança (Henriques, 2011).

Preste atenção ao relato dos intervenientes, adotando a escuta ativa e intervindo quando a dispersão da temática que O/a enfermeiro/a necessita de abordar para a efetivação da sua recolha de dados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Utilize técnicas verbais de comunicação criativa com crianças (Hockenberry & Wilson, 2014, pp. 110-111), tais como:

Técnica Mensagens “Eu” – Relatar um sentimento sobre um comportamento em termo de “Eu”, por exemplo, “estou preocupado sobre como o tratamento está a correr, porque eu quero que fiques melhor”.

Técnica da Terceira pessoa – Expressar sentimento em termos de uma terceira pessoa (“ele, ela ou eles”), por exemplo, “por vezes, quando uma pessoa está doente ele fica com medo e infeliz porque não pode fazer o mesmo que os outros”.

Técnica dos Três Desejos – Perguntar diretamente quais os três desejos, por exemplo “Quais são os teus três maiores desejos?” caso a criança diga que deseja que todos se concretizem, indague sobre os desejos em específico (Hockenberry & Wilson, 2014, pp. 110-111).

Garanta a confidencialidade e o sigilo da informação recolhida.

Após o procedimento:

Valide os ensinamentos efetuados com cuidadores/crianças, disponibilizando espaço e tempo para a colocação de dúvidas por parte dos intervenientes.

Informe a cuidadores/crianças da data da próxima consulta, anotando no boletim de Saúde Infantil e Juvenil, tendo em conta a disponibilidade do/a enfermeiro/a e dos intervenientes

MATERIAL NECESSÁRIO:

Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;	Folhetos Informativos e educativos (se aplicável);
Folhas brancas e lápis de cor/canetas;	
Livros de desenhos animados;	
Blocos de construção de diferentes cores;	

Comunicar com Crianças e Cuidadores	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique corretamente a criança e a cuidadores, obtendo o seu consentimento e colaboração. Registe o nome pelo qual a criança prefere ser chamada (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 102).	1. Previne erros, manifesta respeito pela identidade e inicia relação terapêutica.
2. Realize a apresentação pessoal e acolha de forma cordial e compreensiva cuidadores/crianças.	2.Reduz a ansiedade e melhora a cooperação enfermeiro-criança/cuidadores. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)
3. Posicione-se ao nível da criança e estabelecer contacto visual com a mesma, evitando olhar fixamente para a criança. (Potter & Perry, 2006).	3.Melhora as capacidades comunicacionais entre a criança e o enfermeiro.

<p>4. Realize colheita de dados focando os seguintes aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares • Antecedentes pessoais (história da criança; vacinação; doenças anteriores e aspetos relevantes sobre o crescimento e desenvolvimentos. 	<p>4. Previne erros e identifica necessidades prioritárias.</p>
<p>5. Assegure a privacidade do espaço físico; adequando o ambiente ao redor com o intuito de favorecer a comunicação. Remova possíveis barreiras físicas, nomeadamente, a disposição da mesa e das cadeiras e a presença de ruídos que possam ser perturbadores à receção da mensagem e interpretação da mesma.</p>	<p>5. Facilita a comunicação e integração da criança e cuidadores na prestação dos cuidados. A presença de ruídos pode ser, além de um fator distrator para a criança, poderá comprometer o processo de comunicação enfermeiro-criança e a colaboração destes (Department of Communities, Disability Services and Seniors, 2018).</p>
<p>6. Conheça as expectativas e objetivos da criança e cuidadores.</p>	<p>6 Permite estabelecer um reforço da relação terapêutica, tal como empoderar a criança e cuidadores para o modo como deverá ajudar a criança (Gomes, Erdmann, Oliveira, Xavier, & Farias, 2013).</p>
<p>7. Encoraje a cuidadores a falar formulando, questões pertinentes para a situação.</p>	<p>7. Permite determinar a saúde da criança e as condições do desenvolvimento, como também disponibiliza informação sobre fatores que influenciam a vida da criança (Hockenberry & Wilson, 2014, pp. 102-103).</p>
<p>8. Dê tempo e espaço para que a criança fique confortável, podendo iniciar a entrevista colocando questões à cuidadores, principalmente, perante crianças pequenas. Incentive a participação da criança, através do jogo, brincadeira e/ ou desenho podendo, posteriormente, pedir à criança que explique o desenho que realizou de modo a promover a comunicação verbal.</p>	<p>8. Permite que a criança se sinta confortável para iniciar a entrevista; Tocar, jogar e brincar pode auxiliar a interação enfermeiro-criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O desenho pode constituir-se como meio para a comunicação não-verbal. (Potter & Perry, 2006). Permite que o cuidador foque toda a atenção naquilo que transmite ao enfermeiro/a, para que este/a possa realizar a recolha de dados. (Potter & Perry, 2006).</p>
<p>9. Demonstre empatia; tratando a criança pelo nome que prefere ser chamada, posicionando-se</p>	<p>9. Demonstra compreender o que a criança/cuidadores estão a vivenciar, sendo</p>

ao nível da mesma, não esquecendo de solicitar consentimento para a realização de procedimentos percebidos às expectativas de criança.	descrita, como a capacidade de se colocar no lugar dos mesmos (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 105).
10. Realize a entrevista, direcionando as questões ou algumas questões diretamente à criança, mesmo na presença dos cuidadores;	10. Promove a participação da criança. Assegura condições para a livre expressão de sentimentos e dúvidas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).
11. Utilize uma linguagem simples e realista com a criança, adequando as palavras, gestos, expressão facial e tom de voz;	11. Promove cuidados ajustados ao estágio de desenvolvimento da criança. Permite que a criança compreenda o que estamos a questionar ou ensinar sem utilizar termos técnicos ou <i>calão</i> juvenil (Ordem dos Enfermeiros, 2010).
12. Promova o diálogo;	12. Contribui para que a criança e os cuidadores se sintam integrados e diminuam os seus níveis de ansiedade, encarando a interação de forma positiva (Gomes, Erdmann, Oliveira, Xavier, & Farias, 2013).
13. Direcione o foco da entrevista, sempre que necessário;	13. Identifica com maior precisão as necessidades e objetivos de saúde da criança e cuidadores (Hockenberry & Wilson, 2014, pp. 104-405).
14. Promova a escuta ativa da criança de forma a sentir-se confortável para o esclarecimento de dúvidas e preocupações. Não emita juízos de valor, não induza a resposta, nem pressione ou critique o tipo de linguagem que a criança utiliza;	14. Permite o estabelecimento de relação de confiança entre a criança e o enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Permite à criança sentir-se integrada e mais receptiva à prestação dos cuidados (Lima, Simões, Jorge, Ribeiro, & Silva, 2016, p. 18).
15. Não induzir resposta, pressionar ou criticar o tipo de linguagem que a criança utiliza;	15. Evita a quebra ou o não estabelecimento de uma relação terapêutica entre a criança, cuidadores e o enfermeiro/a (Elkin, Perry, & Potter, 2005).
16. Forneça orientações/ensinos antecipados;	16. Dota as crianças e cuidadores das informações pertinentes e ajustadas à situação de forma a potencializar as competências dos intervenientes em cuidados de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

17. Evite bloqueios à comunicação com a criança e cuidadores;	17. Previne a redução da interação entre o enfermeiro/a e a criança e cuidadores (Hockenberry & Wilson, 2014). Evita a quebra ou o não estabelecimento de uma relação terapêutica entre a criança, cuidadores e o enfermeiro/a (Elkin, Perry, & Potter, 2005).
18. Evite silêncios prolongados e procurar que a entrevista seja fluida;	18. Evita medos e fantasias à criança (Sousa, 2015).
19. Reforce competências, comportamentos positivos e a autoestima;	19. Aumenta a probabilidade do comportamento positivo se voltar a repetir e contribui para o desenvolvimento de autonomia por parte da criança (Santos, 2015).
20. Evite interrupções durante a entrevista;	20. Evita ruídos perturbadores que podem causar a interrupção de ideias ou dúvidas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).
241 Considere que as informações dadas pelas crianças, familiares são fidedignas; (Potter & Perry, 2006).	21. Demonstra confiança e respeito pela criança/ cuidadores.
22. Evite realizar movimentos bruscos ou gestos ameaçadores pois os mesmos podem intimidar a criança; (Potter & Perry, 2006).	22. Promove relação terapêutica com a criança.
23. Mantenha-se calmo e afável e, se possível, deixar que a criança tome a iniciativa;	23. Permite o desenvolvimento da autonomia por parte da criança (Santos, 2015).
24. Explique à criança o que está a ocorrer, o que vai ser realizado e o que espera da mesma;	24. Reduz o medo e o receio da criança perante O/a enfermeiro/a (Hockenberry & Wilson, 2014).
25. Realize os registos de enfermagem: se a comunicação foi eficaz tendo em conta o objetivo inicial da entrevista. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	25. Confirma o realizado, identifica quem o executa e permite identificar informação relevante. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- Elkin, M., Perry, A., & Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Loures: Lusociência.
- Gabriel, M. J. (julho de 2014). Importância da Comunicação na Vivência das Transições do Adolescente Hospitalizado. Santarém.
- Gomes, G. C., Erdmann, L. A., Oliveira, P. K.-d., Xavier, D. M., & Farias, D. H. (22 de agosto de 2013). Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. *A cuidadores durante a intervenção hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem*(18). doi:10.5935/1414-8145.20140034
- Henriques, T. R. (junho de 2011). Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde. *O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança*.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Lima, D., Simões, I., Jorge, M. J., Ribeiro, T., & Silva, C. (2016). Promove-te: um projeto piloto em saúde mental de crianças e jovens. *Saúde Mental de Crianças e Jovens - A Recuperação em Contexto familiar*. Obtido de https://www.aria.com.pt/downloads/promovete_manual_familia.pdf
- Lopes, A. S. (2016). *Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos – uma necessidade em saúde*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* - Volume I: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos* (5º ed.). Loures: Lusociência.
- Santos, M. L. (2015). Escola Superior de Educadores de Infância de Maria Ulrich. *Conquista da autonomia: Qual o papel do reforço positivo?* Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/62705102.pdf>
- Serrão, M. I. (2014). *O/a enfermeiro/a como Promotor da Qualidade do Atendimento ao Adolescente em Serviços de Saúde*. Lisboa.
- Sousa, A. M. (2015). *Cuidar da Criança/Cuidadores em Processo de Doença Aguda: A Comunicação como Intervenção Terapêutica de Enfermagem*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16411/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20Alexandra%20Souza.pdf>

Department of Communities, Disability Services and Seniors (2018). *Complex communication needs*. 3^o Edition. Obtido de: https://www.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0022/58540/complex-communication-needs.pdf

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 02. COMUNICAR COM JOVENS

Carla Trindade & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO:

Procedimento autónomo que permite ao/à enfermeiro/a comunicar, para recolher informação pertinente para a prestação dos cuidados ao/à jovem e seus cuidadores, para além de promover o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda com os mesmos.

OBJETIVOS:

Facilitar a comunicação e prestação dos cuidados ao jovem;

Estabelecer relação terapêutica e de ajuda com o/a jovem e seus cuidadores, de modo, a facilitar a abordagem aos mesmos aquando da prestação de cuidados;

Integrar o/a jovem e a cuidadores na prestação dos cuidados de enfermagem, de forma a estabelecer-se uma parceria de cuidados, cuidados esses centrados no/a jovem e cuidadores.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

A comunicação tem como foco o objetivo de promoção do bem-estar de todos, identificando e dando resposta às necessidades de saúde do/a jovem e dos seus cuidadores. Assim é necessário que o transmissor e o recetor partilhem da mesma linguagem para que exista entendimento e compreensão, ou seja a comunicação tem de se desenvolver de um processo de conceção e de recriação da informação, da troca, da partilha e de se colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas, promovendo a apreensão e compreensão das intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pelo jovem. Esta é estabelecida de forma consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal.

Antes do procedimento:

Planeie o procedimento: Verifique a informação recolhida na consulta anterior (caso aplicável) para a preparação do material que irá precisar, otimizando o tempo disponível.

Conheça esta faixa etária: A adolescência/ juventude corresponde ao período dos 10 aos 19 anos (adolescentes) e ao período dos 15 e aos 24 anos (jovens). Esta faixa etária corresponde a um período de transição entre a infância e a idade adulta, assinalado por rápidas e profundas transformações físicas, cognitivas, sociais e emocionais.

Nesta fase ocorrem alterações a quatro níveis: biológicas (comandadas pela puberdade, que irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a nível do corpo); cognitivas (referente à capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos); psicológicas (desenvolvimento da autonomia e construção da identidade) e sociais (relacionado com o desempenho de novos papéis). Durante estas mudanças podem ocorrer padrões específicos de doença, sintomas incomuns e desafios únicos no que diz respeito à comunicação e à gestão de cuidados de saúde.

A intervenção em saúde nesta faixa etária é baseada na informação fornecida pelos profissionais de saúde aos jovens, estes estão mais dispostos a discutir as suas preocupações com um adulto (por exemplo com um enfermeiro) que não pertença à seus cuidadores.

Considere nos aspetos éticos que deve ter em conta no atendimento ao jovem: Existem aspetos éticos que devem ser respeitados, nomeadamente a **autonomia** do jovem, a **confidencialidade**, a **privacidade** e o **sigilo**. No respeito pela autonomia, este deve ser envolvido nos seus próprios cuidados e na preparação das suas atividades quotidianas, conferindo-lhes algum controlo sobre a situação, o que aumenta a confiança em si próprio e nos outros. A confidencialidade garante que as informações fornecidas aos profissionais de saúde não são reveladas aos cuidadores ou responsáveis legais, sem a autorização prévia deste. Relativamente à privacidade este tem o direito de ser atendido individualmente, em espaço privado, o que simplifica a criação de diálogo e confiança mútua entre O/a enfermeiro/a e o jovem. A quebra de sigilo só deverá acontecer se a informação obtida envolva algum risco para a vida do/a jovem ou para a vida de terceiros, devendo o/a jovem ser informado oportunamente.

Saiba os aspetos a ter em conta para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz no atendimento do jovem: Nesta faixa etária é necessário ter em atenção que a empatia estabelecida no primeiro contato é essencial para o sucesso de qualquer abordagem posterior. O/a jovem deve ser cumprimentado em primeiro lugar, tratado pelo nome que gosta de ser chamado e o diálogo instituído deverá acontecer preferencialmente com ele. Um outro aspeto importante é que os jovens devem ser observados num dado momento sozinhos.

Outros aspetos a ter em conta é que este deve acolher o/a jovem de forma cordial e compreensiva; demonstrar disponibilidade; assegurar confidencialidade; assegurar privacidade; conhecer as expectativas do/a jovem e da seus cuidadores; dirigir questões e as explicações diretamente ao/à jovem quando está com os cuidadores; utilizar linguagem simples e realista; apostar no diálogo com recurso a técnicas de

apoio narrativo; escutar o jovem; não induzir respostas; não realizar juízo de valor; evitar silêncios prolongados; reforçar competências, comportamentos positivos e autoestima; captar mensagens não-verbais e atuar como mediador.

A entrevista é parte essencial no atendimento de enfermagem ao jovem, pois possibilita nesta faixa etária identificar necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiência de forma a utilizar e a fornecer a melhor informação ao jovem, assim deve se realizar o mínimo de apontamentos possíveis durante o desenrolar da entrevista.

Conheça e utilize técnicas de apoio narrativo durante a entrevista: Estas técnicas ajudam a que haja uma comunicação bidirecional, favorecendo um clima de empatia. Para isso podem ser utilizadas técnicas como:

perguntas abertas (facilitam a resposta, exemplo: “então o que aconteceu?”);

escuta reflexiva (serve para realizar tentativa de perceber o que o/a jovem quer dizer para isso devem ser devolvidas as afirmações que o adolescente afirmou, de forma a esclarecer o assunto);

reestruturação positiva (apoiar o/a jovem destacando os seus pontos fortes);

afirmações de automotivação (colocar questões de forma a perceber o problema);

respostas em espelho (repetir a parte final da resposta, permitindo continuar conversas com temas problemáticos); **clarificação** (usar perguntas como: “o que queres dizer com isso?”);

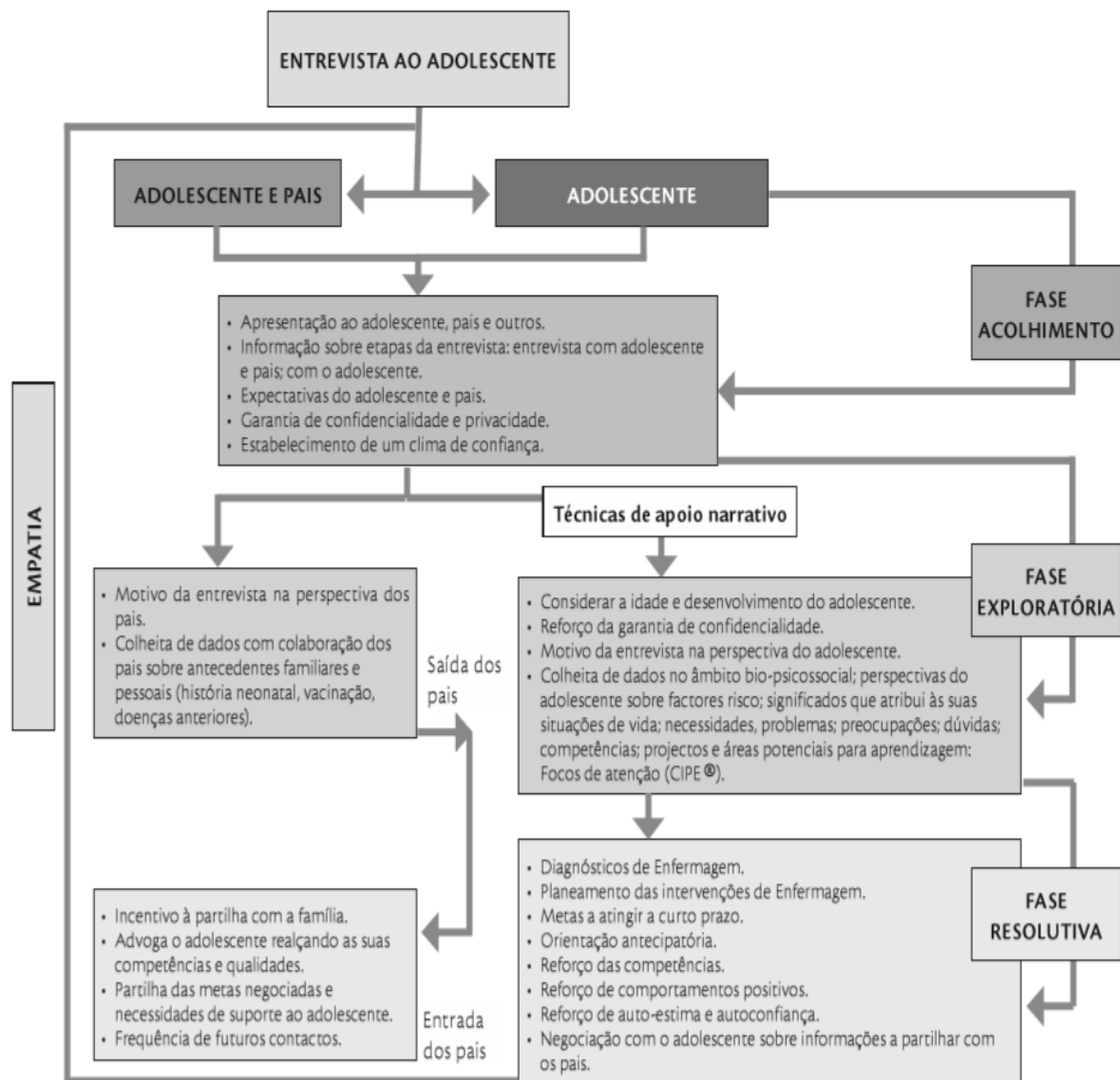
usar exemplos na 3ª pessoa (usar em assuntos mais difíceis, como por exemplo: “disseram-me que?”); **afirmações que facilitam discussão** (exemplo: “muitos jovens da tua idade querem namorar?”) e **afirmações de apoio e ânimo** (ajudam a sentirem-se compreendidos).

Saiba os fatores que influenciam a motivação e a mudança de comportamentos e hábitos: As mudanças impostas por terceiros são pouco efetiva (motivação intrínseca), estes sentem-se mais motivados quando as mudanças se baseiam nas suas próprias decisões (controlo pessoal das decisões). A repetição de algo em voz alta mais que uma vez (autoconvencimento auditivo), acreditar que consegue (autoconfiança e a percepção de eficácia), pode ajudar na motivação e na mudança comportamental. Cada jovem precisa de diferente ajuda consoante o estágio de mudança (ajuda individualizada).

Detenha competências de comunicação: É importante **construir alicerces** para isso **deve**: ter passado tempo com o jovem; encorajar o/a jovem a exprimir as ideias e sentimentos; respeitar as suas perspetivas; tolerar as diferenças; reforçar aspetos positivos; respeitar a sua privacidade e usar um bom exemplo.

Para **comunicar efetivamente deve**: dar atenção exclusiva, ouvir, ser delicado, ter calma e mente aberta, procurar não reagir exageradamente, evitar julgamentos ou críticas, evitar perguntas de “terceiro grau”, escolher assuntos importantes quando se toma uma posição (depois da tomada de decisão deve ser pensado em todas as opções e tornar claras as expectativas).

Estruture a entrevista, de acordo com o fluxograma seguinte:



Fonte do fluxograma de atuação/planeamento de cuidados: De “Entrevista ao Adolescente” de Guias Orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2010, (N. 3, V. 1), p. 29.

Durante o procedimento:

Escolha um local para o atendimento do/a jovem e dos cuidadores adequados;

Este deve ser acolhedor e confortável, devendo ter espaço e mobiliário suficiente para acolher o/a jovem e a respetiva cuidadores. Deve estar alocado um espaço próprio destinado aos jovens em que expostos materiais educativos como livros, revistas, vídeos e programas informativos.

Saiba os tempos máximos de contato com o/a jovem e com a cuidadores: Num primeiro contato geralmente é utilizado 50 minutos, este tempo permite manter bons níveis de atenção e concentração. Caso contatos frequentes é possível realizar intervenção eficaz em 15 minutos.

Conheça as fases de estruturação de uma entrevista ao jovem: A estruturação da entrevista tem de ter em conta idade, características do desenvolvimento, estilos de vida e comportamentos.

As fases de desenvolvimento da entrevista são: **fase do acolhimento** (O/a enfermeiro/a esclarece as etapas da entrevista (etapas: entrevista com o/a jovem e cuidadores, entrevista individual com o/a jovem e entrevista com o/a jovem e cuidadores no final); **fase exploratório** (O/a enfermeiro/a realiza colheita de dados; analisa os sistemas biopsicossociais (acrónimos F.A.C.T.O.R.E.S – cuidadores, amigos, colégio/trabalho, tóxicos, objetivos, risco, estima e sexualidade); **fase resolutive** (O/a enfermeiro/a analisa os dados; disponibiliza tempo para questões; orienta e aconselha; enuncia opções; explica recursos; disponibiliza materiais educativos; negocia metas; incentiva a partilha com a cuidadores; reúne com os cuidadores; advoga o/a jovem perante os cuidadores; partilha com os cuidadores as metas negociadas; define a frequência de entrevista e disponibiliza contato).

Perceção o modo de apresentação do/a jovem durante a entrevista: Existe várias formas de apresentação dos jovens durante a entrevista, são elas: Falador; Nervoso; Silencioso; Escarnecedor; Hostil ou Agressivo e Choro. Na tabela seguinte estão os vários tipos de apresentação e respetivas explicações.

Modo de apresentação do/a jovem	Explicação
Falador/a	Geralmente contorna o assunto, abordando situações que não o/a preocupa verdadeiramente. O/a enfermeiro/a deve : orientar a conversa até levá-lo/a à reflexão pessoal, deixando-o/a falar mas delimitando a conversa.

Modo de apresentação do/a jovem	Explicação
Nervoso/a	Geralmente jovens com ansiedade que temem a observação (principalmente a observação ginecológica/ genital). O/a enfermeiro/a deve : explicar que a observação só é realizada se existir comum acordo entre a/o jovem e o profissional de saúde.
Silencioso/a	Geralmente são jovens que se sentem culpados por algum tipo de razão, ou então por o obrigarem a recorrer ao serviço de saúde, que este não considera ser necessário.
Escarnecedor/a	Geralmente são jovens provocadores, este comportamento ocorre quando este/a não controla a situação. O/a enfermeiro/a deve : valorizar, pois pode estar com ansiedade.
Hostil ou agressivo/a	O/a enfermeiro/a deve : tentar evitar a escalada de agressão mútua, para isso se a culpa for por exemplo do tempo de espera, o/a profissional deve realizar um pedido desculpa.
Choroso/a	O/a enfermeiro/a deve : possibilitar o choro e apoiar o/a jovem de forma silenciosa. Um primeiro passo para se conseguir começar a abordagem inicial, por exemplo providenciar um lenço.

Adaptado de “Guia orientador de Boa prática: Entrevista ao Adolescente” de Guias Orientadores de Boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2010, (1ª ed.), p. 59.

Promova o papel parental: Explique o procedimento aos cuidadores, de forma a diminuir níveis de stress.

Após o procedimento:

Realize os registos de enfermagem: Da data e hora, com os dados colhidos, diagnósticos e intervenções de enfermagem, resultados esperados e informação relevante, tal como comportamento do jovem, interesses e motivações.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;

Folha de Registo da Informação recolhida;

Materiais educativos;

Outros instrumentos (se necessário).

COMUNICAR COM JOVENS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique o/a jovem e a cuidadores.	1. Identifica corretamente o/a jovem e a cuidadores, obtendo o seu consentimento e colaboração e previne o erro.
2. Apresente-se primeiramente ao/à jovem e depois à cuidadores de forma empática. Deve ter presente que o diálogo instituído deve ser preferencialmente com o jovem.	2. Promove empatia, o primeiro contacto é fundamental para o sucesso de qualquer abordagem posterior.
3. Trate o/a jovem pelo nome que gosta de ser chamado.	3. Favorece a fluidez da comunicação.
4. Leve o/a jovem e cuidadores para um local adequado, de forma a proporcionar confidencialidade e privacidade.	4. Facilita a comunicação e integração do/a jovem e cuidadores na prestação dos cuidados. A presença de ruídos pode ser, além de um fator distrator, poderá comprometer o processo de comunicação enfermeiro-jovem.
5. Explique ao/à jovem e à cuidadores como irá ser procedida a entrevista. Fase do acolhimento: primeiro entrevista processa-se com o/a jovem e cuidadores, depois a entrevista é individual com o/a jovem e no final a entrevista é realizada com o/a jovem e cuidadores, favorecendo assim a autonomia.	5. Evita o fracasso do estabelecimento da relação com o jovem/cuidadores.
6. Evite interrupções durante a entrevista.	6. Evita a interrupção de ideias.
7. Perceba as expectativas do/a jovem e dos cuidadores, garantindo a confidencialidade e a privacidade - fase do acolhimento .	7. Estabelece um clima de confiança.
8. Inicie colheita de dados e realize a análise dos sistemas biopsicossociais (utilizando acrónimos F.A.C.T.O.R.E.S – cuidadores, amigos, colégio/trabalho, tóxicos, objetivos, risco, estima e sexualidade) - fase exploratória (só com o jovem).	8. Possibilita perceber necessidades, problemas potencialidades, desejos e significados de experiências, de forma a utilizar e a fornecer a melhor informação ao jovem.

9. Analise os dados colhidos na fase exploratória e disponibilize tempo para questões - fase resolutiva (só com o jovem).	9. Possibilita perceber os dados sobre diversas áreas, e percebe as áreas potenciais para a promoção da aprendizagem
10. Oriente e aconselhe, enunciando opções, explicando os recursos. Aproveite para fornecer materiais educativos - fase resolutiva (só com o jovem).	10. Possibilita educação para a saúde.
11. Negocie metas e no final incentive a partilha com a cuidadores - fase resolutiva (só com o jovem).	11. Possibilita desenvolver um processo de diagnóstico, planeamento e de intervenção.
12. Reúna com o/a jovem e com os cuidadores (advogue o/a jovem perante os cuidadores). Partilhe com os cuidadores as metas negociadas e defina a frequência de entrevista, disponibilizando contato - fase resolutiva .	12. Possibilita uma abordagem holística, com possíveis efeitos em correspondência com os problemas, desenvolvendo competências.
13. Registe em suporte legal: Data e hora, dados colhidos, diagnósticos e intervenções de enfermagem, resultados esperados e informação relevante (comportamento do jovem, interesses, motivações).	13. Identifica quem realizou contato e documenta legalmente o procedimento. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- Fonseca, H. (2005). *Compreender os adolescentes. Um desafio para cuidadores e educadores*, 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-23-2949-9.
- Gonçalves, M. & Gomes, M. (2013). A Comunicação Terapêutica nos Cuidados de Enfermagem com doentes internados/ interação/a enfermeiro/a utente. Trabalho de Licenciatura. Universidade de Mindelo.
- Hockenberry, J.M. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Entrevista ao adolescente/Promover o desenvolvimento infantil na criança.1. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Sociedade Portuguesa de Pediatria - Secção de Medicina do Adolescente (2005). Requisitos Para o Atendimento ao Adolescente. Lisboa. Obtido de http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_atend_adolescente_spa-spp.pdf

State of Queensland (Department of Communities) (2018). *Complex communication needs*. Obtido de Department of Communities, Disability Services and Seniors (3º Edition): https://www.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/58540/complex-communication-needs.pdf

Sturrock, T.; Masterson, L.; Steinbeck, K. (2007). Adolescent appropriate care in an adult hospital: the use of a youth care plan. *Australian Journal Advanced Nursing*, 24(3), pp.49- 53.

World Health Organization (2011). Adolescent health. Obtido de http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/index.html

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 03. COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS A CRIANÇAS/ JOVENS E CUIDADORES

Marta Jesus & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO:

Procedimento de carácter autónomo e interdependente que consiste na adoção de estratégias face à comunicação de notícias que possam mudar negativamente a forma como a criança/jovem e cuidadores vê o desenrolar da sua vida no futuro.

OBJETIVOS:

Facilitar a comunicação e prestação dos cuidados à criança/jovem e cuidadores;

Estabelecer uma relação terapêutica e de ajuda com a criança/jovem e cuidadores;

Promover o estabelecimento de parceria de cuidados, cuidados esses centrados na criança/jovem e cuidadores;

Comunicar, através da aplicação de um protocolo orientador, más notícias à criança/jovem e cuidadores.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

À criança/ jovem e cuidadores torna-se fundamental que a notícia seja transmitida de acordo com as suas preferências e respeitando a sua etapa de desenvolvimento. A informação deve ser transmitida pelo profissional que estabeleceu uma relação mais próxima com a criança/jovem e cuidadores, e deve ser transmitida de forma clara, detalhada, ressaltando características positivas da criança/jovem, num ritmo que lhes permita acompanhar, e proporcionando momentos para questões, esclarecendo-as (Carrapa, 2010).

Recomendações Gerais para a Comunicação de Más Notícias em Pediatria

A comunicação de más notícias em pediatria deve responder a seis itens de modo a tornar a comunicação eficaz (Traiber, C. & Lago, P., 2012):

Disponibilidade: sobretudo os cuidadores apreciam quando o profissional dispõe de tempo para sentar, falar e esclarecer dúvidas.

Honestidade e afeto: os cuidadores querem saber tudo sobre os seus filhos, mas querem que a informação seja transmitida de forma franca, simples, clara, direta, mas ao mesmo tempo com sensibilidade e compaixão.

Não ocultar informação nem dar falsas esperanças: ocultar informação leva a que os cuidadores não confiem e se sintam enganados, experimentando sentimentos de raiva e ansiedade – leva a uma quebra de confiança no profissional.

Vocabulário e velocidade de informação: a informação não pode ser transmitida com termos técnicos nem muito rapidamente. Isso origina confusão e um mau entendimento acerca da informação transmitida.

Informações contraditórias: as informações têm de ser uniformes entre toda a equipa de saúde.

Linguagem corporal: a comunicação não verbal é uma componente à qual os cuidadores dão bastante atenção. Os cuidadores preferem os profissionais que estabelecem contato visual e que têm um comportamento não verbal compatível com a transmissão da má notícia.

Antes do procedimento:

Perceber que em pediatria a comunicação torna-se um aspeto fundamental pois a criança/jovem e cuidadores vivenciam processos de adaptação a situações em constante mudança, onde existem progressos e retrocessos, que envolvem a criança/jovem, a cuidadores, o meio envolvente e os profissionais de saúde (Querido, Salazar, & Neto, 2010);

As más notícias não se relacionam apenas com eventos devastadores, como um diagnóstico de uma doença crónica ou até mesmo a morte. Em pediatria todo e qualquer evento que altere a condição clínica da criança torna-se uma má notícia para a criança/jovem e cuidadores, como a febre persistir, o tratamento instituído não ter o efeito desejado, entre outros;

É importante comunicar de forma eficaz, com transmissão clara e objetiva da informação possibilitando que crianças/jovens e cuidadores aceitem e se adaptem de forma mais eficaz aos tratamentos, resultando num aumento da qualidade de cuidados prestados às crianças/jovens e cuidadores (Kohlsdorf & Junior, 2013);

Durante o procedimento:

Preparar o momento e o espaço para comunicarmos a notícia;

Perceber que informação a criança/jovem e cuidadores já detém e ir ao encontro das suas necessidades;

Identificar o momento oportuno para comunicar e a disponibilidade de escuta e diálogo da criança/jovem e cuidadores;

Permitir que criança/jovem e cuidadores tenham tempo para expressar as suas emoções, dúvidas e colocar questões;

Não deixar questões por esclarecer.

Após o procedimento:

Apoiar na tomada de decisão;

Apoiar na expressão de emoções e, se necessário, na comunicação da notícia a outros membros dos cuidadores;

Organizar um plano de cuidados em conjunto com a equipa de saúde e com a criança/jovem e cuidadores;

Resumir a informação facilitando o seu entendimento.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Espaço individualizado, calmo, de preferência com mesa e cadeiras.

COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS EM PEDIATRIA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Escolha o local e prepare a comunicação: a. Local calmo e confortável, privado; b. Profissional mais próximo da criança/jovem e cuidadores e detentor da informação necessária a ser transmitida; c. Permitir que criança/jovem e cuidadores decidam quem querem ter presentes no momento da comunicação.	1. Transmite preocupação pelo momento da partilha e respeito pela individualidade.
2. Perceba o que a criança/jovem e cuidadores já sabem: a. Valide junto da criança/jovem e cuidadores os conhecimentos sobre a situação.	2. Permite perceber o que a pessoa já sabe e organizar a forma como o profissional comunica a má notícia.
3. Descubra o que a criança/jovem e cuidadores querem saber.	3. Possibilita compreender se criança/jovem e cuidadores desejam estar informados acerca de todo o desenvolvimento da sua condição clínica ou se existem limites à informação a receber.
4. Partilhe a informação: a. Use linguagem acessível, sem termos técnicos, e adaptada ao estadio de	4. Confere conforto, disponibilidade, apoio.

desenvolvimento e ao nível intelectual e cultural de quem recebe a informação. b. Transmita a informação de forma gradual, dando espaço à reflexão e à colocação de perguntas. c. Não dê falsas esperanças. d. Transmitir que estarão sempre acompanhados.	
5. Responda às emoções da criança/jovem e cuidadores.	5. Demonstra disponibilidade para escutar e esclarecer.
6. Organize o plano de cuidados: a. Resuma a informação em conjunto com a criança/jovem e cuidadores; b. Responda às necessidades destes; c. Descreva as estratégias de coping, redes de suporte social e familiar.	6. Empodera criança/jovem e cuidadores sobre a sua situação de saúde, conferindo-lhes autonomia para determinadas escolhas.
7. Agende um próximo contacto para esclarecimento de dúvidas.	7. Permite a reflexão sobre a notícia transmitida e a possibilidade de esclarecimento de dúvidas residuais.
8. Registe o que foi transmitido, como foi aceite, medidas de coping adotadas, próximo encontro. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	8. Facilita a continuidade de cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- Buckman, R., Baile, W., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2000). SPIKES- A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. USA: The Oncologist. Obtido em 28 de novembro de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964998>
- Carrapa, A. (2010). Comunicar Más Noticias em Pediatria. Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade Medicina Universidade do Porto. Obtido em 14 de novembro de 2018, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50120/2/Comunicar%20Ms%20Notcias%20em%20Pediatria.pdf>
- Kohlsdorf, M., & Junior, Á. (2013). Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. 30(4). Obtido em 14 de novembro de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000400007

- Mendes, J., Silva, L., & Santos, M. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal - um desafio para o século XXI. 43, pp. 218-222. Obtido em 27 de abril de 2018, de <http://cuidandojuntos.org.pt/wp-content/uploads/2015/09/CPNEONATAIS-EM-PT.pdf>
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2010). Manual de Cuidados Paliativos (2ª ed.). Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro de Bioética.
- Traiber, C., & Lago, P. (2012). Comunicação de más notícias em pediatria. pp. 3-7. Obtido em 28 de novembro de 2018, de http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210152030bcped_12_01_02.pdf

EXECUTAR CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO

Orientação 04. *Realizar exame físico ao/a recém-nascido*

Orientação 05. *Avaliar as competências orais do/a recém-nascido pré-termo*

Orientação 06. *Executar diagnóstico precoce*

Orientação 07. *Monitorizar crescimento na criança*

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 04. REALIZAR O EXAME FÍSICO AO/A RECÉM-NASCIDO

Bruno Ermida, Catarina Simões, Carlos Regueiró, Rúben Costa, Mónica Costa & Francisco Vaz

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo que consiste na observação e avaliação do/a recém-nascido (RN), fundamentada e baseada em conhecimentos anatómicos, fisiológicos e relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil.

OBJETIVOS:

Reunir dados sobre o estado de saúde do/a RN.

Avaliar o período de transição e adaptação extrauterina do/a RN. (Fernandes, M., et al 2006)

Identificar as variações à orientação que requerem pouca ou nenhuma intervenção. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Determinar fatores de risco, tais como: malformações congénitas, lesões obstétricas ou mesmo distúrbios cardiorrespiratórios. (Marba, S., et al 2009)

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Prepare o ambiente (calmo, limpo, acolhedor, promotor de privacidade, luz natural, sem estímulos, ar aquecido); (Duarte, E., Braga, P., 2011)

Prepare o material necessário para a realização do procedimento;

Prepare os cuidadores para o procedimento (explique o procedimento e a sua relevância);

Interaja com o/a RN, bem como com os cuidadores/crie empatia;

Tranquilize os cuidadores relativamente ao aspeto físico e comportamento do/a bebé;

O/a recém-nascido deve estar calmo, pelo que se for necessário deve-se utilizar técnicas de relaxamento; (Duarte, E., Braga, P., 2011)

A altura ideal para a realização do exame será 30 minutos após a sua alimentação; (Duarte, E., Braga, P., 2011)

Aqueça e higienize as mãos antes de tocar na criança;

Durante o procedimento:

Dispa apenas a área corporal do/a recém-nascido a examinar para prevenir a perda de calor;

Faça uma observação sequencial (geralmente da cabeça para os pés); (Hockenberry & Wilson, 2014)

Comece por procedimentos menos dolorosos, de menos estímulo e que requerem mais tranquilidade, como, por exemplo, a auscultação, e realize os exames mais complexos apenas no final, desta forma é possível ter uma maior aceitação da parte da criança relativamente ao procedimento executado; (Duarte, E., Braga, P., 2011)

Após o procedimento:

Conforte o/a recém-nascido com a colaboração dos cuidadores e peça aos mesmos que a vistam;

Fale calmamente com o/a recém-nascido;

Pegue no/a recém-nascido ao colo e aconchegue-o oferecendo a chucha; (Hockenberry & Wilson, 2014)

Realize os registos (orientação cefalocaudal);

Encaminhe para outro profissional de saúde, se adequado à situação.

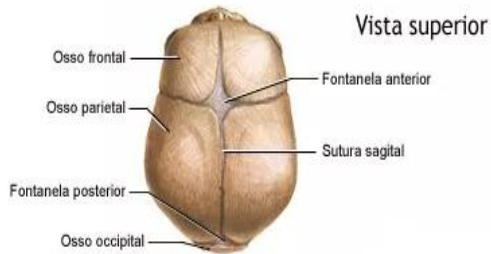
MATERIAL NECESSÁRIO:

Mesa;	Fita métrica;
Craveira;	Espátulas;
Balança (adaptada para lactentes);	Lanterna / Caneta luminosa;
Estetoscópio;	Brinquedo adequado à idade / Brinquedo próprio trazido pelos cuidadores;
Esfigmomanómetro;	
Luvas (se necessário e adequado).	

REALIZAR O EXAME FÍSICO AO/A RECÉM-NASCIDO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade do/a RN através dos cuidadores e documentos.

2. Explique o procedimento aos cuidadores, o motivo e a sua relevância e solicite o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	2. Informa sobre o procedimento e pede o consentimento e colaboração dos cuidadores. Promove a parceria de cuidados.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.
4. Transporte o/a recém-nascido para junto do material, encaminhando sempre os cuidadores para que acompanhem a situação.	4. Em caso de internamento, não é aconselhado a realização de procedimentos invasivos e/ou dolorosos na cama/berço da criança, de forma a evitar experiências traumáticas. Desta forma, o/a recém-nascido deve ser levado para uma sala própria onde se realiza o procedimento e se encontra o material necessário anteriormente preparado.
5. Peça aos cuidadores para despirem o/a RN.	5. Promove a interação dos cuidadores e possibilita a observação do comportamento e interação do/a bebé com os cuidadores e vice-versa.
6. Realize o exame físico atendendo primeiramente ao aspeto geral da criança, seguidamente aos sinais vitais, peso, comprimento, perímetro cefálico e torácico.	6. Promove a organização do exame físico, assegurando que nenhuma área é esquecida.
7. Observe: <ul style="list-style-type: none"> • O aspeto geral do/a bebé (idade e idade gestacional, género, raça/etnia) • A cor da sua pele (cianose / palidez / pletora / icterícia) • Choro (agudo / fraco) • Movimentação (assimetria / agitação) • Comportamento • Postura (hipotonia / hipertonia) • Respiração (pausas / gemidos / apneia). (Duarte, E., Braga, P., 2011)	7. Revela pistas relevantes sobre o estado de saúde do/a RN. Avalia o comportamento do/a RN, observando a sua atividade e a sua reatividade. No caso de o/a bebé demonstrar comportamentos que revelem um estado extremo de irritabilidade, deve ser analisado, com mais pormenor, a causa (Duarte, E., Braga, P., 2011)
8. Avalie os <u>sinais vitais</u>	8. Identifica o estado de saúde do/a RN (dados basais) e complicações.

<p>9. Avalie a <u>pele</u>: cor, hidratação, temperatura, textura, humidade, integridade e turgor cutâneo (importante para despistar questões relacionadas com a desidratação).</p>	<p>9. Identifica alterações a nível da pele, através da palpação, observação e olfato.</p> <p>A pele deve encontrar-se íntegra, lavada, isenta de lesões ou sinais de inflamação, corada, macia, flexível, a uma temperatura ambiente. A partir do primeiro mês de vida, pode apresentar sudorese (Fontenele, F., et al., 2012)</p> <p>A pele do/a recém-nascido pode estar coberta por uma substância branca a acinzentada chamada vernix caseoso, uma mistura de sebo e células de descamação. A pele pode ainda apresentar uma penugem fina designada lanugo particularmente na testa, bochechas, ombros e dorso. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p>
<p>10. Avalie as <u>unhas</u>: cor e textura.</p>	<p>10. Identifica se os leitos ungueais se encontram rosados, embora possam estar ligeiramente azuladas na acrocianose. A cianose persistente dos leitos ungueais pode ser sinónimo de sofrimento intrauterino do/a recém-nascido (RN) pós termo ou sinónimo doença hemolítica. No/a RN pré-termo as unhas podem ser pequenas ou ausentes e no/a RN pós – termo podem ser compridas. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p>
<p>11. Avalie a <u>cabeça</u>: formato.</p>	<p>11. Identifica alterações a nível da cabeça, através da palpação e observação.</p> <p>Deteta anomalias relativas a algum síndrome e/ou deformidade postural, consequente do posicionamento intrauterino. Deve ser possível palpar a fontanela posterior e anterior (que fecha após os 18 meses de idade). Ao palpar a fontanela anterior, com a criança em repouso, espera-se que a mesma se encontre plana e não abaulada ou deprimida. As suturas também podem ser facilmente palpadas no/a RN. Deve ser avaliado o</p>

	<p>perímetro cefálico (PC). (Duarte, E., Braga, P., 2011)</p> <p>O crânio é constituído por seis ossos: frontal, occipital, dois parietais, e dois temporais. Entre as junções desses ossos existem banda de tecido conectivo designado suturas. Na junção das suturas há espaços mais largos de membrana não ossificada designadas fontanelas. As fontanelas devem sentir-se planas, firmes e bem demarcadas contra as extremidades ósseas do crânio. As pulsações na fontanela anterior são frequentemente visíveis. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p> <div data-bbox="842 853 1334 1106">  <p>Vista superior</p> <p>Ossos e Fontanelas rotulados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ossos: Osso frontal, Osso parietal, Osso occipital Fontanelas: Fontanela anterior, Fontanela posterior Sutura: Sutura sagital </div> <p>Fonte da imagem: De “Enfermagem online”, https://enfermagemonlinebr.wordpress.com/2015/02/06/fontanelas-e-suturas-cranianas-dos-recem-nascidos/</p>
<p>12. Avalie os <u>olhos</u>: formato, cor, posição e alinhamento (simetria), sobrancelhas, pálpebras, sistema lacrimal e pupilas.</p>	<p>12. Identifica alterações a nível dos olhos, através da observação.</p> <p>A presença de edema palpebral está habitualmente presente até dois dias após o nascimento.</p> <p>Observe a simetria dos olhos pesquisando a presença de hipertelorismo (espaçamento alargado entre os olhos). Podem existir lágrimas, mas a presença de secreção purulenta é uma situação anormal.</p> <p>Pupilas fixas, dilatadas ou contraídas podem indicar lesão do sistema nervoso central. As pupilas</p>

	<p>reagem à luz. Observe a cor das iris pois a ausência de cor é característica do albinismo. Verifique a ausência de reflexo vermelho do olho pois pode ser sinónimo de glaucoma, anomalia da retina, retinoblastoma, cataratas ou uma doença sistémica. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p>
<p>13. Avalie os <u>ouvidos</u>: orelhas e canal auditivo externo.</p>	<p>13. Identifica alterações a nível dos ouvidos, através da observação.</p> <p>O pavilhão auricular deve encontrar-se presente e de tamanho proporcional, bem como ausente de lesões e sujidade. A existência de papilomas periauriculares e pavilhões auriculares disformes ou implantação baixa podem ser características familiares ou associados a defeitos congénitos (exp. Trissomia 18 ou doenças renais). Uma das formas de avaliar a capacidade auditiva é provocar um som forte perto de recém-nascido e verificar a presença de reflexo de sobressalto ou franzir as sobrancelhas. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p>
<p>14. Avalie o <u>nariz</u>: superfície externa, septo exterior, cavidade nasal e seio frontal.</p>	<p>14. Identifica alterações a nível do nariz.</p> <p>O nariz está habitualmente achatado depois do nascimento sendo comuns as contusões, especialmente em nascimento por fórceps. Pode ser visível a presença de muco esbranquiçado e fino. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p>
<p>15. Avalie a <u>boca</u> e garganta.</p>	<p>15. Identifica alterações a nível da boca, e das suas estruturas.</p> <p>O palato é habitualmente arqueado e estreito. Inspeccione o palato (duro e mole) para detetar qualquer fissura. Uma observação comum é a presença de pérolas de Epstein (pequenos quistos brancos ao longo da linha média do</p>

	palato). Não têm significado e desaparecem em semanas. (Hockenberry & Wilson, 2014)
16. Avalie o <u>pescoço</u> .	<p>16. Identifica alterações a nível do pescoço.</p> <p>O pescoço do/a recém-nascido é curto e com muitas pregas o que implica durante a observação que se faça uma ligeira hipertensão da cabeça com suporte do dorso e numa posição ligeiramente elevada. Deve ser observado a amplitude de movimentos, forma e a anormal de massas. Palpe ambas as clavículas para detetar a possíveis fraturas. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p>
17. Avalie o <u>tórax</u> : anterior, lateral e posterior, configuração e simetria, músculos, estrutura óssea e sons respiratórios, bem como as características da respiração.	<p>17. Identifica alterações a nível do tórax e coluna vertebral, através da observação, palpação e auscultação (parte respiratória).</p> <p>Por norma, os bebés apresentam o tórax numa forma circular (que se vai alterando transversalmente com a idade), com diâmetro ântero-posterior menor do que o lateral. Deve apresentar mobilidade da parede torácica, bilateralmente simétrica e coordenada. O perímetro torácico (PT) deve ser avaliado e compatível com a idade e os mamilos devem estar presentes com distância uma distância entre si menor ou igual a um quarto do PT, sem a presença de massas nos mesmos. A coluna vertebral deve encontrar-se alinhada.</p> <p>Relativamente à respiração, devem ser avaliados os movimentos e frequência respiratória (FR). Durante o processo de auscultação, devem ser ouvidos murmúrios vesiculares na região dos pulmões, com exceção do espaço interescapular superior e sobre o manúbrio, bem como devem ser ouvidos murmúrios brônquicos sobre a traqueia e murmúrios bronquiovasculares na</p>

	<p>região do brônquio principal, na região interescapular e de cada lado do esterno.</p> <p>Relativamente à parte cardíaca, deve ser avaliada a frequência cardíaca (FC), bem como as características do pulso. (Duarte, E., Braga, P., 2011)</p>
18. Avalie o <u>abdómen</u> : anterior, lateral e posterior, configuração e simetria, músculos, estrutura óssea e sons respiratórios, bem como as características da respiração.	<p>18. Identifica alterações a nível do abdómen, através da palpação, percussão e observação.</p> <p>Devem ser observados movimentos respiratórios no abdómen em sincronia com os movimentos respiratórios torácicos. O abdómen deve encontrar-se flácido, simétrico, com a pele uniformemente esticada e sem pregas. O umbigo deve apresentar-se plano ou ligeiramente protruso, com a cicatriz umbilical seca, epitelizada e em processo de formação da fossa umbilical, isento de sujidade e/ou sinais de infeção. É normal no/a RN a presença de barulhos provenientes do peristaltismo intestinal. (Duarte, E., Braga, P., 2011)</p>
19. Avalie a <u>região genital</u> : características.	<p>19. <u>Região Genital Feminina</u>: Deve existir uma formação anatómica normal, constituída por grandes e pequenos lábios (os pequenos lábios podem ser mais proeminentes) e o clitóris que estão edemaciados especialmente depois de um parto. Qualquer desvio anatómico pode incorretamente sugerir a presença de um pequeno pénis o que pode acontecer em situações de hiperplasia suprarrenal congénita. Durante a primeira semana de vida pode-se verificar secreção vaginal. Esta pseudomenstruação é uma manifestação da descida abrupta das hormonas maternas e desaparece habitualmente entre as 2 e 4 semanas de vida. Pode-se</p>

	<p>observar-se a presença de vénix caseoso em grandes quantidades entre os lábios.</p> <p><u>Região Genital Masculina:</u> Deve existir uma formação anatómica normal, constituída pelo pénis, com meato urinário centralizado na glândula do mesmo e localizada no topo. É comum encontrar-se o prepúcio apertado nos recém-nascidos, mas esta situação não significa a existência de fimose. É comum encontrar uma substância branca e cremosa – esmegma à volta do pénis e sobre o prepúcio. É comum a ereção no/a recém-nascido podendo encontrara-se também pérolas epiteliais (pequenas lesões firmes de cor branca no topo do prepúcio). O escroto pode ser grande, edemaciado e pendular. A presença de um hidrocele não comunicante pode ocorrer unilateralmente e desaparecer em poucos meses. Deve-se palpar o escroto para verificar a presença de testículos. A ausência dos mesmos pode ser também um sinal de ambiguidade genital se especialmente for acompanhada de um escroto e pénis pequenos. É frequente palpar nódulos linfáticos na área inguinal.</p> <p>(Hockenberry & Wilson, 2014)</p>
<p>20. Avalie o <u>dorso</u> e <u>ânus</u>: características.</p>	<p>20. <u>Região do dorso:</u> Identifica qualquer abertura, cavidade, massa, depressão ou área com tecido laxo na coluna vertebral. A presença de um saco protuberante ao longo da coluna, mais frequentemente na região sacral, pode ser sinónimo de espinha bífida. A presença de pequena cavidade que pode comunicar com a coluna (<i>sinus pilonidal</i>) é frequentemente coberto por um tufo de pelos. Este embora não tenha</p>

	<p>significado patológico pode indicar a existência de espinha bífida oculta.</p> <p><u>Região anal:</u> Identifica a presença de um orifício anal e a passagem de mecónio por este orifício durante as primeiras 24 a 48 horas indicam que não existe desobstrução anal. (Hockenberry & Wilson, 2014)</p>
21. Avalie as extremidades: características, função e funcionalidade.	21. Observa a amplitude de movimentos e sinais de malformação ou traumatismos nas extremidades. Contar os dedos das mãos e dos pés e assinalar a presença de dígitos supranumerários (polidactilia) ou a sua fusão (sindactilia). O/a recém-nascido demonstra uma amplitude total nas articulações do cotovelo, anca, do ombro e dos joelhos. A ausência de movimentos do braço pode ser sinónimo de uma potencial paralisia por lesão durante o nascimento (exp. Klumpke ou de Erb-Duchenne) (Hockenberry & Wilson, 2014)
22. Avalie <u>sistema neuromuscular:</u>	22. Avalia a assimetria na tonicidade muscular que pode indicar um grau de paralisia decorrente da lesão do sistema nervoso central. A presença de tremores rítmicos mantidos e movimentos mioclónicos caracterizam as convulsões neonatais ou podem indicar uma síndrome de abstinência neonatal. Movimentos espasmódicos assíncronos e súbitos ou tremores momentâneos são habitualmente normais.(Hockenberry & Wilson, 2014)
23. Avalie os <u>reflexos:</u>	<p>23. Avalia o reflexo de sucção (toque nos lábios do/a RN de forma a verificar os movimentos de sucção, este reflexo pode estar ausente nos prematuros)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia o reflexo de Moro (movimento global do qual participam os membros superior e inferior

	<p>provocado por um som ou soltando-se subitamente o/a RN que estava seguro nos braços),</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia o reflexo da preensão palmar e plantar (pressiona-se a polpa digital, a região palmar e plantar do/a RN, a resposta do mesmo é a flexão dos dedos abraçando os dedos do examinador) • Avalia o reflexo da fuga à asfixia (colocar o/a RN em decúbito ventral, de modo que as narinas fiquem obstruídas e observar se o/a RN faz uma rotação da cabeça para respirar melhor) • Avalia o reflexo da Rosa-dos-ventos (tocar numa bochecha do/a RN com o dedo e verificar se o mesmo roda a face para o lado estimulado) • Avalia o reflexo da marcha (sustem-se o/a RN sob as axilas em posição supina e encosta-se um dos pés sobre uma superfície de forma a desencadear uma flexão do outro membro inferior) • Avalia o reflexo de propulsão (coloca-se o/a RN em decúbito ventral, as mãos do profissional devem ser colocadas a apoiar a planta dos pés do/a RN e o mesmo fazer força para se deslocar para a frente) • Avalia o reflexo cutâneo plantar (deve passar-se a unha na sola do pé do/a RN na sua borda externa, desde o calcanhar até a ponta. O reflexo cutâneo plantar faz - se em extensão, os dedos estendem - se e abrem-se em leque, simulando o sinal de Babinsky)
24. Avalie a <u>fase de desenvolvimento</u> do/a bebé: características físicas (peso e comprimento; ver Orientação07 Monitorizar Crescimento da criança).	24. A última etapa do procedimento de avaliação pois é a que provoca mais estímulos e desconforto ao/a RN, pelo que existe maior probabilidade de este chorar.

25. Peça aos cuidadores que confortem e vistam a criança. Elogie o RN pela sua colaboração. Realize à cuidadores os ensinamentos necessários, adequando a linguagem ao estágio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	25. Promove a integração dos cuidadores nos cuidados prestados ao/a RN. Fortalece relação terapêutica. Promove literacia e parceria nos cuidados.
26. Faça registos e complete o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) do/a RN dado na maternidade. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	26. Aconselha os cuidadores a levarem sempre o BSIJ para todas as consultas pediátricas e serviço de urgências a que se dirigem, pois desta forma é possível ter uma melhor perceção do desenvolvimento da criança. Promove a classificação para a prática de enfermagem.
27. Esclareça as dúvidas dos cuidadores.	27. De forma a manter os cuidadores o mais informados e tranquilos possível.

REFERÊNCIAS:

- Blanck, D., Eckert, G., & Trotta, E. (s.d.). Padrões - Exame Físico Pediátrico. Obtido de Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Disponível em: http://www.ufrgs.br/pediatria/padroes/arquivos/Padrao_Examefisico.pdf/view
- Duarte, E., Braga, P. (2011) *Anamnese e Exame Físico do/a recém-nascido*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4283523/mod_resource/content/1/PROENF_SMN_C2M4_anamnese_baixa.pdf
- Fontanele, F., Pagliuca, L., Cardoso, M. (2012) Cuidados à Pele do/a recém-nascido: Análise e Conceito. Disponível em: [HTTP://WWW.REDALYC.ORG/PDF/1277/127723305008.PDF](http://www.redalyc.org/pdf/1277/127723305008.pdf)
- Hockenberry, J.M. (2014). Promoção da Saúde do/a recém-nascido e da Cuidadores. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 250-264). Loures: Lusociência.
- MARBA, S., F., F.. (2009) Manual de Neonatologia Unicamp-Centro de atenção integral a saúde da mulher. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2009, PAG.250. ISBN: 978-85-372-0248-7.

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 05. AVALIAR AS COMPETÊNCIAS ORAIS DO/A RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Ana Sartóris, Mónica Costa & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO

Procedimento de enfermagem, de carácter autónomo, que consiste na avaliação das competências oromotoras do/a recém-nascido pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas completas) e que integra a aplicação da *Early Feeding Skills* – Versão Modificada (EFS-VM).

A alimentação por via oral é uma tarefa complexa que envolve a integração, maturação e coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração.

A coordenação de todos os reflexos envolvidos é uma aprendizagem e não deve ser iniciada antes das 32-34 semanas de idade gestacional.

OBJETIVOS

Avaliar o interesse do/a recém-nascido prematuro para iniciar a alimentação por via oral.

Avaliar a coordenação entre os reflexos de sucção, deglutição e respiração.

Vigiar a estabilidade hemodinâmica e estado do/a bebé antes, durante e após a alimentação oral.

Avaliar a tolerância alimentar do/a recém-nascido prematuro.

Descrever o processo de alimentação entérica por via oral.

Planear intervenções para a próxima refeição.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO

Antes do procedimento

A escala EFS-VM deve ser utilizada em todos os recém-nascidos pré-termo, desde a fase de planeamento para o início da alimentação oral até à 52.^a semana de idade pós-concepcional. O cuidador deve observar o/a recém-nascido e conhecer todos os itens da escala, já que este instrumento deverá ser utilizado ao longo de todo o procedimento de administração de leite por via oral. A utilização desta escala requer o

estudo prévio do instrumento e treino para a observação do/a recém-nascido pré-termo, visando a obtenção de toda a informação necessária ao seu correto preenchimento e consequente determinação dos níveis mais altos referentes às competências que a criança consegue demonstrar e atingir.

Recorde que sempre que o/a recém-nascido revele fadiga, desinteresse e/ou instabilidade hemodinâmica, a alimentação por via oral deve ser suspensa e o leite sobranete deve ser administrado por outro método com recurso a dispositivos médicos.

De forma a aceder à melhor performance da criança:

Otimize o ambiente: Providencie um ambiente tranquilo e livre de distrações, que permita ao/a recém-nascido concentrar-se na alimentação, nomeadamente através da diminuição da luminosidade (o suficiente para uma boa observação do/a recém-nascido), ruído e outros estímulos externos.

Avalie o estado de alerta do/a recém-nascido: Identifique o estado de alerta do/a recém-nascido (adormecido, sonolento, rabugento, alerta calmo) e a suavidade dos movimentos em cada estado. Caso esteja em vigília tranquila, proceda à estimulação não nutritiva. Caso se encontre sonolento, aguarde 15-30 minutos (se possível) e estimule o estado de alerta do/a bebé uma segunda vez.

Gira o repouso do/a recém-nascido: Sincronize a estimulação oral e a alimentação consoante os ciclos de sono-vigília do/a recém-nascido.

Promova o papel parental: Informe os cuidadores sobre o objetivo do procedimento e explique o mesmo.

Estimule a participação dos cuidadores no alimentar o/a recém-nascido, sempre que possível e indicado.

Monitorize sinais vitais: A estimulação oral só deve ser iniciada quando o/a recém-nascido apresentar estabilidade hemodinâmica (linha basal de frequência cardíaca, linha basal de frequência e esforço respiratório, linha basal de saturação de oxigénio, estabilidade / variação dos valores fisiológicos durante o momento de preparação para a alimentação).

Vigie o comportamento do/a bebé: Verifique se o/a bebé se revela alerta, calmo e com sinais de fome (agitação motora, reflexo de busca, vigoroso reflexo de sucção não nutritiva).

Promova o estado de alerta 15 minutos antes de alimentar o/a bebé, procedendo à mudança da fralda, com suavidade e recurso à sucção não nutritiva para providenciar organização psicomotora ao/a recém-nascido. Aproveite para comunicar com o/a recém-nascido, conversando em tom suave.

Avalie a preparação do/a bebé para a alimentação oral, através da subescala “Preparação para a alimentação oral” da escala EFS-MV, imediatamente antes de iniciar a alimentação oral. O/a bebé consegue manter o corpo em flexão, com membros superiores colocados à linha média? Estádio de alerta? Mantém tónus muscular e flexão dos membros durante a observação? Aquando oferta de sucção não nutritiva (chucha ou dedo), dirige a atenção à mamada? A linha basal de saturação de oxigénio é superior a 93%? Se responder afirmativamente a todas estas questões, o/a recém-nascido está pronto para iniciar

alimentação oral. Caso o/a bebé permaneça sonolento, mesmo após 2.^a estimulação para o estado de vigília, suspenda a alimentação por via oral.

Planeie o procedimento: Utilize a escala EFS-VM para decidir se o/a recém-nascido está apto/a para ser alimentado/a por via oral.

Selecione o método de alimentação oral

Durante o procedimento

Posicione o/a recém-nascido: Coloque o/a bebé em posição semi-sentado/a no colo do/a cuidador/a, mantendo a cabeça e o tronco elevados num ângulo aproximado de 45° relativo às nádegas ou, em alternativa, coloque o/a bebé em decúbito semi-lateral, mas com a cabeça em posição mais elevada que a anca.

Facilite a posição neutra da cabeça e pescoço do neonato, em flexão (queixo ligeiramente inclinado para baixo, evitando a extensão da cabeça ou uma flexão excessiva).

Conforte o/a recém-nascido: Utilize estratégias promotoras do conforto do/a recém-nascido, tais como o enrolamento e o aconchego do/a bebé com um cobertor, manta ou fralda de pano, de forma a direccionar as mãos do/a bebé à linha média e a contê-lo. Tenha atenção para não apertar demasiado o/a bebé.

Vigie a adaptação do/a bebé à alimentação oral: Vigie sinais de alerta, comportamentos de stresse e estabilidade hemodinâmica do/a recém-nascido durante a alimentação oral.

Sempre que o/a bebé demonstre sinais de fadiga, promova a pausa para descanso do/a bebé e aguarde que o/a recém-nascido recupere. Caso não recupere, suspenda a alimentação por via oral.

Após o procedimento

Vigie a autonomia do/a recém-nascido no alimentar: Vigie a estabilidade hemodinâmica e o estado geral do/a bebé.

Promova a recuperação da alimentação oral nos primeiros cinco minutos após o seu término.

Se o/a bebé não ingerir a quantidade necessária durante o estado de alerta, proceder à administração da quantidade restante por sonda gástrica.

Realize os registos de enfermagem: Registe o desempenho do/a recém-nascido no respetivo processo clínico (identificação da técnica utilizada, descrição da qualidade da sucção, tempo de administração da totalidade do leite, tolerância alimentar, estabilidade hemodinâmica).

Promova o envolvimento familiar: Envolver os cuidadores na promoção da autonomia alimentar, informando-os sobre o desempenho do/a bebé e intervenções futuras planeadas.

MATERIAL NECESSÁRIO

Escala *Early Feeding Skills* – Versão Modificada (em anexo)

Equipamento de proteção individual (avental descartável e luvas)

Copo, biberão, tetina ou sonda consoante o método escolhido

Cobertor/manta/fralda de pano, se necessário

AVALIAR AS COMPETÊNCIAS ORAIS DO DO/A RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a criança.	1. Previne erros de identificação
2. Proceda à higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Explique os objetivos e o procedimento aos cuidadores, solicitando o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem à literacia das pessoas significativas.	3. Promove a parceria dos cuidados e diminui o stress do/a cuidador/a.
4. Reúna todo o material necessário e transporte-o para junto da pessoa.	4. Economiza tempo.
5. Otimize o ambiente.	5. Permite ao/a bebé a organização psicomotora necessária à alimentação por via oral.
6. Acorde o/a bebé, de forma suave.	6. Impede comportamentos de stress.
7. Vigie o comportamento do/a bebé.	7. Promove o desenvolvimento da autorregulação e permite perceber a preparação do/a bebé para a alimentação oral.
8. Avalie o estado de alerta e a estabilidade hemodinâmica do/a bebé. Caso o/a bebé se apresente sonolento, aguarde 15-20 minutos e estimule, outra vez, o estado de alerta.	8. Previne complicações.
9. Promova mudança da fralda e a sucção não nutritiva.	9. Promove o estado de alerta 15 minutos antes de iniciar a alimentação oral.
10. Avalie a capacidade do/a bebé para se alimentar por via oral, respondendo à subescala “Preparação para a alimentação oral” da escala EFS-VM.	10. Garante a manutenção do interesse do/a bebé na alimentação oral.

11. Posicione corretamente o/a bebé (coloque o/a bebé em posição semi-levantado no colo do/a cuidador/a, com elevação da cabeça e do tronco, num ângulo de 45° relativo às nádegas ou em decúbito semi-lateral mas com a cabeça mais elevada que a anca).	11. Promove a organização psicomotora do/a bebé e minimiza o gasto energético associado à alimentação.
12. Conforto o/a bebé, através do aconchego ou do enrolamento, de forma a contê-lo o a direcionar as mãos à linha média.	12. Providenciar conforto ao/a recém-nascido e garantir as condições ótimas para a sua autorregulação, promovendo medidas facilitadoras da alimentação oral do/a bebé.
13. Inicie a alimentação oral de acordo com a técnica escolhida previamente	13. Garante o aporte nutritivo necessário ao crescimento e promove a autonomia alimentar do/a bebé.
14. Observe as competências orais do/a bebé, com recurso à escala EFS-VM (em anexo).	14. Avalia o desenvolvimento do/a bebé.
15. Avalie a capacidade do/a recém-nascido em organizar o comportamento oromotor.	15. Idem.
16. Avalie a capacidade do/a recém-nascido em coordenar a deglutição.	16. Promove uma deglutição segura e prevenir o engasgamento e a aspiração de leite para a traqueia e pulmões.
17. Avalie a capacidade do/a recém-nascido em manter a estabilidade fisiológica.	17. Previne complicações.
18. Avalie a tolerância à alimentação oral durante e nos cinco minutos após terminar a administração do leite.	18. Avalia o envolvimento da criança na alimentação oral, previne a fadiga e possibilita o planeamento de intervenções futuras.
19. Proceda à higiene das mãos.	19. Previne a contaminação.
20. Reúna e acondicione o material utilizado.	20. Promove o acondicionamento correto do material.
21. Registe e documente os resultados (descreva as características da alimentação e competências observadas do/a bebé). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	21. Promove a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Als, H., & Gilkerson, L. (1997) Apoio na área do desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2(28), 165-72.
- Bingham, P.M., Ashikaga, T., & Abbasi, S. (2012). Relationship of Neonatal Oral Motor Assessment Scale to feeding performance of premature infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 18(1), 30-36. doi:10.1016/j.jnn.2010.09.004
- Curado, M.A.S., Marôco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L.M., & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência, série IV*, 12,131-142. doi: 10.12707/RIV16070
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.
- Neto, F.M.J. (2014). *A transição para a alimentação oral no/a recém-nascido prematuro* (dissertação de mestrado). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pereira, P.P.S.R. (2014). *Desenvolvimento infantil: Os registos na importância do cuidar em enfermagem* (relatório de estágio). Lisboa, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao/a recém-nascido de alto risco* 6.^a edição. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Thoyre, S.M., Shaker, C., & Pridham, K.F. (2005). The Early Feeding Skills Assessment for preterm infants. *Neonatal Network*, 24, 2-10. doi: 10.1891/0730-0832.24.3.7

Early Feeding Scale – Versão Modificada

Criança _____ Data _____ Observador _____

OBSERVAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL

EFS - Versão modificada

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)	
Consegue manter o corpo numa postura fletida c/mãos/braços à linha média.	Sim Não
Estádio de alerta.	Sim Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura fletida durante a observação.	Sim Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a mama/tetina ou abre a boca prontamente.	Sim Não
Linha basal de saturação de O ₂ > 93%	Sim Não

Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
1. Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto.	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a mama/tetina do biberão no início da alimentação.	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da mama/tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de um surto de sucção – pausa. Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a mama/tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	A sucção está organizada algumas vezes	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer surtos de sucção prolongados (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa (os sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.)	Faz sempre surtos de sucção longos sem sinais de stress	Alguns surtos de sucção longos sem sinais de stress	Sem surtos de sucção longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a mama/tetina – não desliza da mama/tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique
Capacidade em Coordenar a Deglutição			
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o “bólus” da sucção – Não são necessárias múltiplas deglutições para esvaziar os fluidos para a garganta.	Todas as deglutições são únicas para o mesmo “bólus”	Algumas deglutições múltiplas para o mesmo “bólus”	Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo “bólus”
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados
Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
13. Cerca de 30s depois de iniciar a alimentação a saturação de O ₂ estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: Interrompe a sucção na maioria das vezes	Não interrompe a sucção por si para respirar

15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal e/ou Palidez da asa do nariz	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz esporádico	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (e.g. elevação do queixo, cabeça para trás, retração e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequentemente
21. Alteração da cor durante a alimentação (e.g. palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O ₂ abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tónus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

Descritores da Mamada:

% de O₂ antes da refeição _____ durante a refeição _____

Habilidade alimentar: ☐ mantida ao longo da refeição ☐ melhorou durante a refeição ☐ piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não Tipo de tetina usada _____ Duração da refeição (minutos) _____ Volume administrado _____ ml

Posição: Deitado ☐ Decúbito lateral ☐ Semi-levantado, frente ☐

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Ações passivas que não são de apoio ao desenvolvimento
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoia o maxilar	Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoia a base da língua	Rodou a tetina para incentivar a mamada
<input type="checkbox"/> Re-acordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoia as bochechas	Apertou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Usou tetina de baixo fluxo		Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		Introduziu e retirou a tetina para o encorajar a mamar
<input type="checkbox"/> Colocou a eructar várias vezes		

Preocupações iniciais na alimentação e recomendações para a próxima mamada:

©2002 revised 10/26/16. Prepared by S.Thoyre (UNC @ Chapel Hill, NC), C.Shaker (St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI), & K.Pridham, (UW-Madison, WI).

Tradução: Claudia Nicolau; Ligia Marques; Sílvia Oliveira; Thereza Vasconcellos Revisão Técnica: João Maroco; Manuel Cunha; Maria Alice Curado, (2009)

Revisão Final após Validação Estatística: Maria Alice Curado; Thereza Vasconcellos; Ligia Marques, (2014).

Page 2

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 06. EXECUTAR RASTREIO NEONATAL

Ana Lúcia Ramos & Francisco Vaz

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo que consiste em colher gotas de sangue retiradas da zona do calcâneo do/a recém-nascido na primeira semana de vida.

OBJETIVOS:

“Diagnosticar, nas primeiras semanas de vida, doenças que, uma vez identificadas, permitem o seu tratamento precoce evitando a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou a morte da criança” (Diário da República n.º 156/2019, Série II de 2019-08-16).

Realizar rastreio neonatal, face à presença de doenças, na sua maioria, genéticas, que podem beneficiar de tratamento precoce.

Detetar precocemente recém-nascidos afetados pelas doenças rastreadas.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

“O Programa Nacional de Rastreio Neonatal (PNRN) é um Programa Nacional de Saúde Pública, sediado no Porto e integrado organicamente no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), que tem por missão planear, implementar e avaliar o rastreio neonatal metabólico de recém-nascidos. O presente programa dá continuidade ao Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP), através da realização de testes de rastreio de várias doenças graves, quase todas genéticas, oferecidos a todos os recém-nascidos, sendo também conhecidos como o «teste do pezinho», permitindo identificar crianças que sofrem de doenças, que podem beneficiar de intervenção terapêutica precoce. O rastreio neonatal mantém-se um programa nacional de sucesso e tem revelado uma elevada qualidade, que é bem patente na atual taxa de cobertura, superior a 99 % de todos os recém-nascidos, e pelo seu tempo médio de início de intervenção terapêutica de 10 dias” (Diário da República n.º 156/2019, Série II de 2019-08-16).

“Os programas de rastreio neonatal são programas integrados (...) incluindo componentes clínica, laboratorial e psicossocial. São assim programas clínicos que incluem prevenção secundária (diagnóstico precoce), terciária (redução de sequelas) e também primária (objeto de aconselhamento genético familiar)” (Diário da República n.º 156/2019, Série II de 2019-08-16).

“A população -alvo abrangida pelo PNRN são as crianças nascidas em Portugal independentemente da sua nacionalidade” (Diário da República n.º 156/2019, Série II de 2019-08-16). O rastreio não é obrigatório. No entanto é aconselhável, trazendo vantagens para o/a bebé, pois existe tratamento para todas as doenças estudadas. A análise é suportada pelo Serviço Nacional de Saúde, sendo gratuita para os cuidadores.

Deve ser realizado entre o 3º e o 6º dia de vida da criança³.

Pode ser utilizado sangue venoso, caso houver necessidade de realizar colheita para outros fins

(<http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>).

O Programa Nacional de Rastreio Neonatal está sediado no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Porto (INSR, 2019) e tem a organização descrita na figura seguinte.

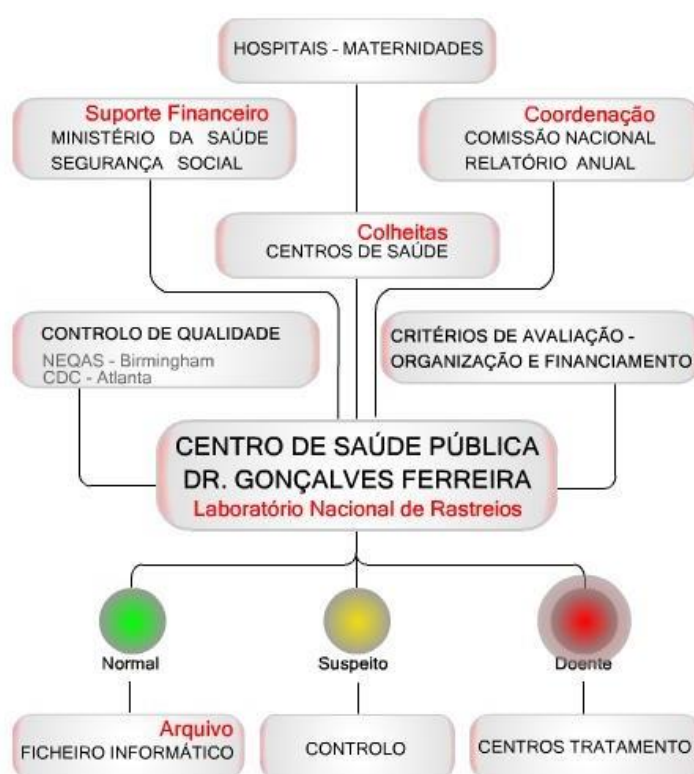


Figura: Organização do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

(<http://www.diagnosticoprecoce.org/esquema.htm>)

Nas maternidades, hospitais e centros de saúde existem fichas apropriadas para a colheita de sangue, como a que consta na figura seguinte.

³ A colheita de sangue deve ser realizada, de preferência ao 3º dia (após 48h de alimentação) e se possível até ao 6º dia, pois: a) “Antes do 3º dia os valores dos marcadores existentes do sangue do bebé podem não ter valor diagnóstico; b) Embora a colheita após o 6º dia vá atrasar o início de um eventual tratamento, deverá ser sempre executada, mesmo que tardiamente” (<http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>)

PROGRAMA NACIONAL DE DIAGNÓSTICO PRECOCE

Se esta coleta for uma repetição, assinalar com uma cruz ☐

Nome da Mãe _____

Endereço _____ C. Postal _____

Localidade _____

Nascimento _____ Idade Gestacional _____ S _____

Coleta _____ Peso _____ Altura _____ Sexo _____

Alimentação - Peito ☐ Leite ☐ Outros ☐ Clínica ☐ Gêmeos ☐ Sexo ☐ Tipo ☐

Medicação ☐ Qual _____ Local da Coleta _____

Diagnóstico _____

COLABORE CONNOSCO
no pezinho do bebé
pode estar o seu futuro

ENVIAR PARA: INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE
UNIDADE DE RASTREIO NEONATAL, METABOLISMO E GENÉTICA
Rua Alexandre Gusmão, 521
APARTADO 80050
EC BATALHA - PORTO
4031-401 PORTO
Telex: 323 401 186/PT

Para se inscrever, preencher e enviar este formulário para o endereço acima indicado, com o código de barras e o número de identificação da ficha, consulte na Internet: www.diagnostico precoce.pt e digite este número.

Figura: Ficha apropriada para a colheita de sangue (INSR, 2019)

Antes do procedimento:

Informe os cuidadores sobre o procedimento, fundamentando a sua potencialidade.

Durante o procedimento:

Respeite a posição anatómica do/a recém-nascido

Avalie o conforto do/a recém-nascido.

Preencha corretamente os círculos da ficha com umas gotículas de sangue.

Após o procedimento:

Confirme e preencha corretamente todos os dados da ficha

Avalie cuidadosamente a pele no local da punção

Refira aos cuidadores o procedimento a seguir

MATERIAL NECESSÁRIO:

Tabuleiro com:

Lancetas

Luvas não esterilizadas

Compressas

Álcool a 70

Envelope

Cuvete riniforme

Contentor de corte perfurantes



Saco para o lixo

Ficha de Teste

EXECUTAR RASTREIO NEONATAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos;	1. Previne a contaminação;
2. Reúna o material e transporte-o para junto da criança;	2. Economiza tempo e facilita o procedimento;
3. Certifique-se da identidade da criança;	3. Previne erros;
4. Explique o procedimento aos cuidadores, adequando a linguagem à literacia das pessoas significativas.;	4. Obtém o consentimento e colaboração dos cuidadores; promove a parceria de cuidados.
5. Coloque o/a recém-nascido ao colo dos cuidadores com um pé descoberto ⁴ ;	5. Proporciona conforto; imobiliza a criança e facilita o procedimento;
6. Calce luvas limpas;	6. Protege o prestador de cuidados;
7. Exerça pressão na região distal do local a punccionar, como se fizesse garrote;	7. Favorece a irrigação de sangue ao local a punccionar;
8. Limpe o local da punção com compressa embebida em éter ou álcool a 70°;	8. Previne a infeção;
9. Deixe secar completamente o álcool;	9. Previne alterações dos resultados;
10. Deixe ficar a compressa entre os seus 4.º e 5.º dedos;	10. Facilita o procedimento;
11. Puncione a zona de punção, nas faces laterais do calcanhar, com a lanceta ⁵ , conforme figura seguinte;	11. Obtém amostra de sangue;

⁴ Se o pé estiver muito frio mergulhá-lo previamente em água quente. Não é aconselhada a utilização de pomadas analgésicas ou anticoagulantes. (<http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>).

⁵ Se necessário, punccionar duas vezes consecutivas, para formar uma boa gota de sangue (<http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>)

 <p>Local de punção (http://www.diagnosticoprecoce.org/info.htm)</p>	
<p>12. Direcione as gotas de sangue para os círculos do cartão e preencha-os completamente, preferencialmente, de uma só vez⁶;</p>  <p>Exemplo de preenchimento dos círculos (https://uptokids.pt/saude-e-bem-estar/o-que-e-o-teste-do-pezinho-diagnostico-precoce/)</p>	<p>12. Permite a realização do procedimento;</p>
<p>13. Verifique se a outra face do papel de filtro também ficou bem impregnada.⁷</p>	<p>13. Permite a realização correta do procedimento.</p>
<p>14. Após a colheita das gotas de sangue, faça pressão no local da punção, com a compressa que está entre os seus dedos</p>	<p>14. Favorece a hemóstase;</p>
<p>15. Coloque a compressa utilizada no saco para resíduos biológicos;</p>	<p>15. Previne a infeção;</p>
<p>16. Dê indicação aos cuidadores para vestirem a criança;</p>	<p>16. Promove o conforto;</p>
<p>17. Deixe secar a ficha completamente, à temperatura ambiente (3 a 4 horas), evitando a luz direta do sol, tendo o cuidado de não sobrepor fichas;</p>	<p>17. Executa corretamente o procedimento;</p>
<p>18. Recolha e acondicione</p>	<p>18. Promove a arrumação e cumpre normas de</p>

⁶ Deixar formar uma boa gota de sangue no calcanhar e preencher o 1º círculo se possível de uma só vez. Proceder da mesma forma nos restantes círculos (<http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>).

⁷ Ambas as faces do papel de filtro deverão ficar bem impregnadas. Caso contrário, a colheita não é válida. Se houver dificuldades na colheita é preferível preencher bem somente 2 círculos do que mal os 4 (<http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>).

adequadamente o material utilizado;	separação de resíduos;
19.Realize a higiene das mãos;	19.Preve a infeção;
20.Coloque o teste, previamente preenchido, num envelope conforme indicação e faça-o seguir pelo correio ⁸ ;	20.Garante o encaminhamento adequado;
21Informe os cuidadores do procedimento a seguir, referindo que poderão seguir o circuito da ficha teste no seguinte link: http://www.diagnosticoprecoce ⁹	21.Promove o conhecimento dos cuidadores acerca do procedimento;
22Informe os cuidadores acerca dos possíveis resultados: a) <u>Bebé com resultado normal</u> – Sempre que todos os marcadores apresentem valores inferiores ao limite estabelecido. Após o rastreio, as fichas com a amostra de sangue do/a bebé poderão ficar armazenadas no Centro de Genética até um período máximo de 15 anos desde que tal seja expressamente autorizado pelos cuidadores. Durante esse período encontram-se protegidas pela legislação vigente (Lei 12/2005), só podendo ser utilizadas para diagnóstico a pedido dos cuidadores, ou para investigação sob anonimato. (http://www.diagnosticoprecoce.org/inormal.htm)	22.Promove o conhecimento dos cuidadores acerca do procedimento; Promove literacia e parceria nos cuidados.

⁸ Após a recolha de sangue para o papel de filtro, deve depois de seca, a ficha ser enviada pessoalmente ou pelo correio azul, para a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, onde são realizadas as análises. “Se a colheita é feita à sexta-feira ou na véspera de um feriado será sempre aconselhável enviá-la de imediato para o correio. Assim, temos mais garantias de que seguirá no primeiro correio do primeiro dia útil. Será sempre preferível, fazer a colheita e guardar a ficha à temperatura ambiente do que obrigar a mãe a voltar ao local de colheita.” (<http://www.diagnosticoprecoce.org/info.htm>).

⁹ A informação de que a ficha deu entrada no Instituto é colocada on-line normalmente a partir da 2.ª semana a seguir à colheita. O resultado é colocado online, normalmente a partir da 4ª semana a seguir à colheita” (http://www.diagnosticoprecoce.org/teste_pezinho.htm).

<p>b) <u>Bebé com resultado suspeito</u> Sempre que algum dos marcadores utilizados apresentar valores levemente superiores ao limite estabelecido, ficando a criança referenciada para controlo (http://www.diagnosticoprecoce.org/isuspeito.htm).</p> <p>c) <u>Bebé com resultado sugestivo de doença</u> – Sempre que um marcador apresentar valores francamente superiores ao limite estabelecido. Nesse caso, os cuidadores serão contactados o mais rapidamente possível, quer diretamente pelo Centro de Genética Médica ou Centro de Saúde no caso da Fenilcetonúria e do Hipotireoidismo Congénito, quer pelo Hospital de Referência mais próximo ou Médico de Cuidadores do Centro de Saúde, no caso de se tratar de qualquer uma das outras Doenças Hereditárias do Metabolismo (http://www.diagnosticoprecoce.org/id_oente.htm).</p>	
<p>23. Registe e documente os resultados. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.</p>	<p>23. Confirma o procedimento; identifica quem o realizou. Promove a classificação para a prática de enfermagem.</p>

REFERÊNCIAS:

Diário da República n.º 156/2019, Série II de 2019-08-16

Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (sd) – Teste do pezinho: o que é? Folheto informativo.

Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (2015) – Doenças raras: doenças hereditárias do metabolismo.

Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. Consultado a 8 de outubro de 2019
[<http://www.diagnosticoprecoce.org>]

Edição atualizada e revista de:

Bicho, F.; (2005). Orientação de Procedimento Executar Diagnóstico Precoce. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual jun.2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. II, pp.41-43). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 07. MONITORIZAR CRESCIMENTO NA CRIANÇA

Ana Lúcia Ramos & Francisco Vaz

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo que consiste em medir o crescimento físico da criança/jovem, o que constitui um elemento-chave na avaliação do seu estado de saúde.

Os parâmetros do crescimento físico, regularmente avaliados nas consultas de enfermagem desde o nascimento até aos 18 anos, incluem: o peso, a altura/ comprimento e o índice de massa corporal. O perímetro cefálico é avaliado nas consultas de enfermagem de saúde infantil, desde o nascimento até aos 2 anos (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil – PNSIJ. DGS, 2013).

OBJETIVOS:

Avaliar o crescimento global da criança/jovem;

Monitorizar o estado nutricional e hidratação da criança/jovem;

Monitorizar a resposta a tratamento;

Verificar se os valores antropométricos estão dentro dos parâmetros normais para a pessoa;

Possuir dados completos para a utilização no cálculo da dosagem apropriada para terapêutica;

Avaliar a situação de saúde da criança/jovem;

Promover o encaminhamento e intervenção precoces, se necessário.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

As curvas de crescimento¹⁰ são um importante indicador de saúde e bem-estar da criança/jovem, que complementam a avaliação da criança/jovem, não devendo ser consideradas como único aspeto relevante (Smith, 2015).

¹⁰ "Na sequência do estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1997 e 2003 (World Health Organization (WHO) Multicenter Growth Reference Study (MGRS), foram publicadas em 2006 as curvas de crescimento da OMS (WHO Child Growth Standards) e em 2007 as curvas para a faixa etária dos 5 aos 19 anos (WHO Reference 2007). A DGS reuniu um grupo de peritos que

Os gráficos de crescimento consistem numa série de curvas de percentis relativas ao peso, comprimento/ altura, perímetro cefálico e índice de massa corporal da criança/jovem, ao longo do seu desenvolvimento.

Em ambos os sexos, as curvas a utilizar são (DGS,2013)¹¹:

- Comprimento/altura – do nascimento aos 5 anos (A);
- Peso – do nascimento aos 5 A;
- Índice de Massa Corporal (IMC) – do nascimento aos 5 A;
- Perímetro cefálico – do nascimento aos 2 A;
- Altura – dos 5 aos 19 A;
- Peso – dos 5 aos 10 A;
- IMC – dos 5 aos 19 A.

As crianças/jovens podem revelar atraso no seu crescimento devido a múltiplos aspetos, por exemplo: a) orgânicos, como a ingestão insuficiente de alimentos devido a cólica, intolerância alimentar, alterações metabólicas, infeções parasitárias; b) sociofamiliares, como a vinculação insegura e/ ou dificuldade de interação entre a díade; c) financeiros, entre outros (Smith, 2015).

Medidas ou tendências de crescimento acima do percentil 95 ou abaixo do percentil 5 registadas nas curvas de crescimento padrão, podem¹² indicar problemas de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, o que deve ser estudado (Smith, 2015).

Peso¹³

Durante o primeiro ano, o crescimento do lactente é rápido. Principalmente durante os primeiros seis meses de vida, os lactentes aumentam 25 a 30g/dia, o que equivale, aproximadamente, a um ganho ponderal de 175 a 210g/ semana.

Os lactentes devem ser pesados despidos e as crianças/jovens apenas com vestuário leve, caso adequado.

O peso deve ser avaliado numa balança adequada para a idade da criança/jovem (escala aproximada às 10g para os lactentes e às 100gr para as criança/jovens e jovens).

recomendou a adoção das curvas da OMS atendendo à metodologia utilizada na sua construção e à possibilidade de aplicação universal" (DGS, 2013).

¹¹ As imagens gráficas das curvas de crescimento encontram-se no final da presente norma.

¹² É importante notar que existem crianças que apresentam tendências de crescimento saudáveis, apesar de registarem percentis abaixo de 5 ou acima de 95, pelo que o crescimento e desenvolvimento das crianças/ jovem deverá ser complementado e analisado de forma global (Smith, 2015).

¹³ O peso de uma pessoa constitui um indicador do seu crescimento, desenvolvimento e estado nutricional (Richards, 2014).

Para fornecer medidas precisas, as escalas deverão estar corretamente calibradas e o profissional deverá conhecer os equipamentos e instruções do fabricante. Para que a medição do peso possa ser mais precisa, é importante que a pessoa seja pesada, utilizando a mesma escala já utilizada na medição anterior e aproximando as condições já utilizadas, como a hora do dia e a mesma quantidade de roupa (Richards, 2014).

Antes da pesagem, é necessário (Richards, 2014):

- Rever a existência de protocolos específicos existentes;
- Verificar se o equipamento está limpo e em boas condições de funcionamento;
- Analisar a informação disponível relativa à pessoa, como: a) peso mais recente e altura em que foi avaliado; b) presença de alguma situação de saúde ou doença que possa afetar o peso; c) utilização regular de algum medicamento que possa afetar o peso.

Comprimento/Altura

O termo comprimento refere-se à medida obtida com a criança em decúbito dorsal e o termo altura é relativo à medida obtida quando a criança/jovem está em pé (Hockenberry & Wilson, 2014).

Até que a criança/jovem complete os 24 meses de vida a criança deve ser medida em decúbito dorsal. A partir dos 24 meses a criança/jovem pode ser medida de pé. A criança/jovem deverá ser medida, logo após ter sido pesada (WHO, 2008)

Índice de Massa Corporal

As curvas do índice de massa corporal (IMC) permitem monitorizar o estado de nutrição, identificando não só as criança/jovens e adolescentes que já apresentam obesidade, mas também aqueles se encontram em risco de desenvolver obesidade.

“A procura duma faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade devem ser uma preocupação de todos os profissionais que trabalham com as crianças/jovens e suas cuidadores” (DGS, 2006).

Em relação, ao percentil do IMC¹⁴, considera-se uma criança/jovem/ jovem com crescimento normal, quando o percentil se situa entre 5 e 85.

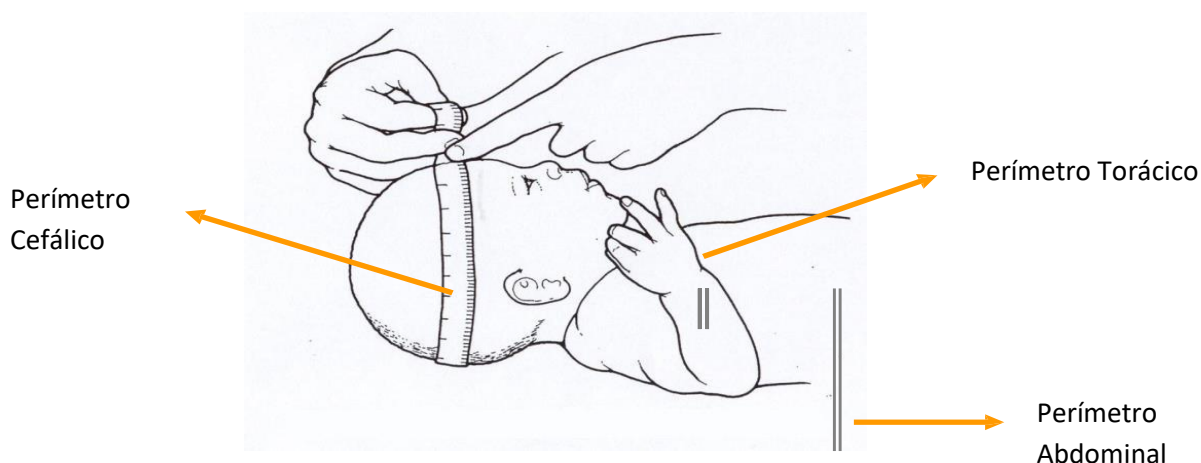
Quando o percentil de IMC: (1) é inferior a 5, deve ser estudada toda a situação da criança/jovem e jovem, pois pode indicar desnutrição; (2) encontra-se entre 85 e 95 para a idade e sexo, poderá indicar excesso de peso; (3) encontra-se acima do percentil 95 para a idade e sexo, poderá significar obesidade.

Perímetro cefálico, torácico, abdominal e circunferência do braço

“O crescimento da cabeça é um importante determinante do crescimento do cérebro. (...) O alargamento da cabeça reflete o crescimento e a diferenciação do sistema nervoso. (...) O perímetro cefálico aumenta aproximadamente 2 cm por mês desde o nascimento até aos 3 meses, 1 cm por mês dos 4 aos 6 meses e 0,5cm por mês durante os segundos 6 meses” (Hockenberry & Wong, 2014).

A espessura da prega cutânea consiste numa medida conveniente da gordura corporal, uma vez que as medidas de relação do peso com o comprimento/ altura não distinguem o tecido adiposo do músculo. A medição da prega cutânea realiza-se com uma pinça própria, sendo os locais mais comuns para medir a prega cutânea o tricípete, o abdómen e a coxa superior. A circunferência do braço (perímetro braquial) consiste numa medida indireta de massa muscular (Hockenberry & Wong, 2014).

Os perímetros devem ser medidos na posição supina até aos 24 meses de vida da criança.



Fonte: Equipa do CLE (2005)

¹⁴ Índice de Massa Corporal – IMC (Kg/m^2) = peso (kg) / [altura² (m)]

MATERIAL NECESSÁRIO:

Folha de registo ou Boletim	Balança de pé eletrónica para crianças maiores/jovens
Craveira; régua; fita métrica para comprimento ou escala métrica de parede;	Folhas de papel para proteção
Fita métrica para avaliação do perímetro cefálico	Solução desinfetante
Balança com plataforma para lactente	Compressas

MONITORIZAR CRESCIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM: PESO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos;	1. Previne a infeção;
2. Reúna o material e transporte-o para junto da criança/jovem;	2. Economiza tempo e facilita o procedimento;
3. Certifique-se da identidade da criança/jovem;	3. Previne erros;
4. Explique o procedimento à criança/jovem e cuidadores, adequando a linguagem ao estadió de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	4. Obtém o consentimento e colaboração; Promove a literacia em saúde e parceria de cuidados;
5. Mantenha a privacidade da criança/jovem;	5. Respeita a criança/jovem;
6. Verifique se a temperatura ambiente é adequada para o conforto da criança/jovem despida;	6. Promove o conforto da criança/jovem, durante o procedimento;
7. Calibre a balança, colocando o marcador no "0" ¹⁵ ;	7. Evita erros de pesagem;
8. Coloque uma folha de papel limpo sobre a balança (substituir em cada pesagem);	8. Previne a infeção

¹⁵ Se a trave da balança se elevar acima da marca ou se ficar abaixo, será necessário mais ou menos peso, respetivamente (Hockenberry & Wong, 2014, p. 149).

9. Coloque ou solicite aos cuidadores que coloque o lactente, em segurança, na balança em decúbito dorsal ¹⁶ ;	9. Promove a segurança
10. Coloque uma das mãos ligeiramente acima da criança/jovem;	10. Promove a segurança e o conforto da criança/jovem;
11. Solicite às crianças/jovens que se coloquem na balança de pé, em posição ereta;	11. Realiza, de forma adequada, o procedimento;
12. Realize a leitura	12. Realiza, de forma adequada, o procedimento;
13. Retire ou solicite aos cuidadores que retirem a criança da balança. No caso de serem crianças/jovens, refira-lhes que podem sair da balança;	13. Realiza, de forma adequada, o procedimento;
14. Limpe a balança;	14. Previne a infeção;
15. Realize a higiene das mãos;	15. Previne a infeção;
16. Atualize os resultados, registando-os no gráfico das curvas de crescimento apropriado, da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> • Localize a idade da criança/jovem, no eixo horizontal do gráfico; • Localize o peso da criança/jovem (em Kg), no eixo vertical do gráfico; • Marque um ponto na interseção entre os dois eixos; • Una o ponto atual ao ponto anteriormente registado; 	16. Realiza, adequadamente, o procedimento. Identifica quem executou.
17. Registe os dados. Interprete os resultados obtidos e explique o seu significado à criança/jovem e cuidadores;	17. Permite a continuidade dos cuidados. Promove a literacia em saúde e o envolvimento da criança/jovem e cuidadores;

¹⁶ Mantenha-se próximo da criança e supervisione, constantemente, não virando as costas nem deixando de supervisionar, mesmo que por pouco tempo. Se considerar apropriado, solicite aos cuidadores que tranquilizem ou distraiam a criança, para que se mantenha o mais sossegada possível, durante a pesagem (Richards, 2014).

18. Negocie plano de cuidados com a criança/jovem e cuidadores, caso considere necessário. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	18. Permite a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.
---	--

MONITORIZAR CRESCIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM: COMPRIMENTO/ALTURA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos;	1. Previne a infeção;
2. Reúna o material e transporte-o para junto da criança/jovem;	2. Economiza tempo e facilita o procedimento;
3. Certifique-se da identidade da criança/jovem;	3. Previne erros;
4. Explique o procedimento à criança/jovem e cuidadores;	4. Obtém o consentimento e colaboração; Promove a literacia em saúde;
5. Mantenha a privacidade da criança/jovem;	5. Respeita a criança/jovem;
6. Se a criança/jovem: 6.1. Tiver menos de 24 meses: <ul style="list-style-type: none"> • Posicione-a na posição supina, numa marquesa ou cama; • Ajuste a craveira ao lactente; • Solicite colaboração a um dos cuidadores, para que mantenha a cabeça da criança/jovem direita (na linha média) e junto à extremidade fixa da craveira; • Segure na extremidade fixa da craveira e ajuste a extremidade móvel até à região plantar: (1) junte suavemente os dois joelhos, (2) pressione os joelhos para baixo até os membros inferiores ficarem em extensão completa e em contacto com a marquesa ou cama; (3) coloque 	6. Assegura uma medição eficaz; Permite o procedimento;

<p>os calcanhares firmemente na extremidade móvel da craveira;</p> <p>6.2. Se a criança/jovem tiver mais de 24 meses;</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicite à criança/jovem que se coloque o mais ereto e de forma retilínea possível, sem sapatos, com a cabeça na linha média e o eixo do olhar paralelo ao teto; Solicite colaboração dos cuidadores, se necessário; Certifique-se de que a criança/jovem/jovem: (1) tem as costas encostadas à parede ou outra superfície vertical e os pés juntos; (2) se encontra com os calcanhares, nádegas e ombros a tocar a parede ou outra superfície vertical; (3) não apresenta joelhos fletidos ou calcanhares elevados; 	
7. Realize a leitura observada;	7. Valido o procedimento;
8. Retire ou solicite aos cuidadores que retirem a criança da balança. No caso de serem crianças maiores/jovens, refira-lhes que podem sair da balança;	8. Realiza, de forma adequada, o procedimento;
9. Limpe a craveira;	9. Previne a infeção;
10. Reúna e acondicione adequadamente o material;	10. Realiza, de forma adequada, o procedimento;
11. Realize a higiene das mãos;	11. Previne a infeção;
<p>12. Atualize os resultados, registando-os no gráfico das curvas de crescimento apropriado, da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> Localize a idade da criança/jovem, no eixo horizontal do gráfico; Localize o comprimento/ altura da criança/jovem (em cm), no eixo vertical do gráfico; Marque um ponto na interseção entre os dois eixos; 	<p>12. Realiza, adequadamente, o procedimento. Identifica quem executou.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Una o ponto atual ao ponto anteriormente registado; 	
13. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinamentos necessários, adequando a linguagem ao estágio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe os dados. Interprete os resultados obtidos e explique o seu significado à criança/jovem e cuidadores;	13. Fortalece relação terapêutica. Promove parceria nos cuidados. Permite a continuidade dos cuidados. Promove a literacia em saúde e o envolvimento da criança/jovem e cuidadores;
14. Negocie plano de cuidados com a criança/jovem e cuidadores, caso considere necessário. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	14. Permite a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

MONITORIZAR CRESCIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM: PERÍMETRO CEFÁLICO, TORÁCICO, ABDOMINAL E BRAQUIAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos;	1. Previne a infeção;
2. Reúna o material e transporte-o para junto da criança/jovem;	2. Economiza tempo e facilita o procedimento;
3. Identifique a criança/jovem;	3. Previne erros;
4. Explique o procedimento aos cuidadores, pedindo a colaboração, adequando a linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.;	4. Obtém o consentimento e colaboração. Diminui a ansiedade; promove a parceria de cuidados.
5. Mantenha a privacidade da criança/jovem;	5. Respeita a criança/ jovem;
6. Posicione a criança/jovem, na posição supina na marquesa e/ou cama;	6. Assegura condições para a realização do procedimento;
7. Coloque a fita métrica a passar na região acima do occipital e na zona central do frontal,	7. Avalia o perímetro cefálico de forma correta;

de modo a medir a circunferência maior ¹⁷ (Perímetro Cefálico);	
8. Coloque a fita métrica a passar na região torácica tendo como referência os mamilos (Perímetro Torácico);	8. Avalia o perímetro torácico, de forma correta;
9. Coloque a fita métrica a passar na região abdominal tendo como referência a zona supra-umbilical (Perímetro abdominal);	9. Avalia o perímetro abdominal, de forma correta
10. Coloque a fita métrica verticalmente em direção à parte posterior do braço, do acrómio ao olecrânio; o ponto médio estará localizado na metade do comprimento medido, pelo que deverá colocar a fita métrica nesse local, para proceder à medição da circunferência do braço (Perímetro braquial);	10. Avalia o perímetro braquial, de forma correta;
11. Realize a leitura;	11. Permite a execução do procedimento;
12. Desinfete a fita;	12. Previne a infeção;
13. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado;	13. Promove a arrumação;
14. Realiza a higiene das mãos;	14. Previne a infeção;
15. Atualize os resultados, registando-os no gráfico das curvas de crescimento ¹⁸ apropriado, da seguinte forma: Localize a idade da criança/jovem, no eixo horizontal do gráfico; Localize o perímetro (em cm), no eixo vertical do gráfico; Marque um ponto na interseção entre os dois eixos;	15. Realiza, adequadamente, o procedimento. Identifica quem executou.

¹⁷ Como a forma craniana pode afetar a localização da circunferência máxima, poderá ser necessária mais do que uma medição (Hockenberry & Wong, 2014, p. 151).

¹⁸ No Boletim de saúde infantil e juvenil, apenas encontra, o gráfico relativo às curvas de crescimento do perímetro cefálico, nas crianças até aos 24 meses.

Una o ponto atual ao ponto anteriormente registado;	
16. Registe os dados. Interprete os resultados obtidos e explique o seu significado à criança/jovem e cuidadores; elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinamentos necessários, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e literacia dos envolvidos.	16. Permite a continuidade dos cuidados. Promove a literacia em saúde e o envolvimento da criança/jovem e cuidadores;
17. Negocie plano de cuidados com a criança/jovem e cuidadores, caso considere necessário. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	17. Permite a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- Direção-Geral da Saúde (2013) - *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.
- Direção- Geral da Saúde (2006) - *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil - Atualização das curvas de crescimento*. Circular Normativa número 05/DSMIA. DGS.
- Honckenberry, Marilyn J.& Wilson. D. (2014) – *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* Vol 2. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. pp1176. ISBN 9788535268225
- Nursing Practice & Skill. *Cinahl Information Systems*, a division of EBSCO Information Services.
- Nursing Reference Center – *Infant growth: Assessing. Skill Competency Checklist*. Cinahl Information Systems, a division of EBSCO Information Services.
- Opperman, Cathleen S.; Cassandra, kathleen (2001) – *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: edições Lusociência.
- Richards, Sara (2014) - Weighing a Patient: Using a Freestanding or Infant Scale.
- Smith, Nathalie (2015) – *Nutritional Assessments: Performing in Children*. Cinahl Information Systems, a division of EBSCO Information Services.
- Smith, Nathalie (2015) – *Infant growth: Assessing. Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information Systems, a division of EBSCO Information Services.
- World Health Organization (2008) - *WHO child growth standards: training course on child growth assessment*. ISBN 978 92 4 159507 0.

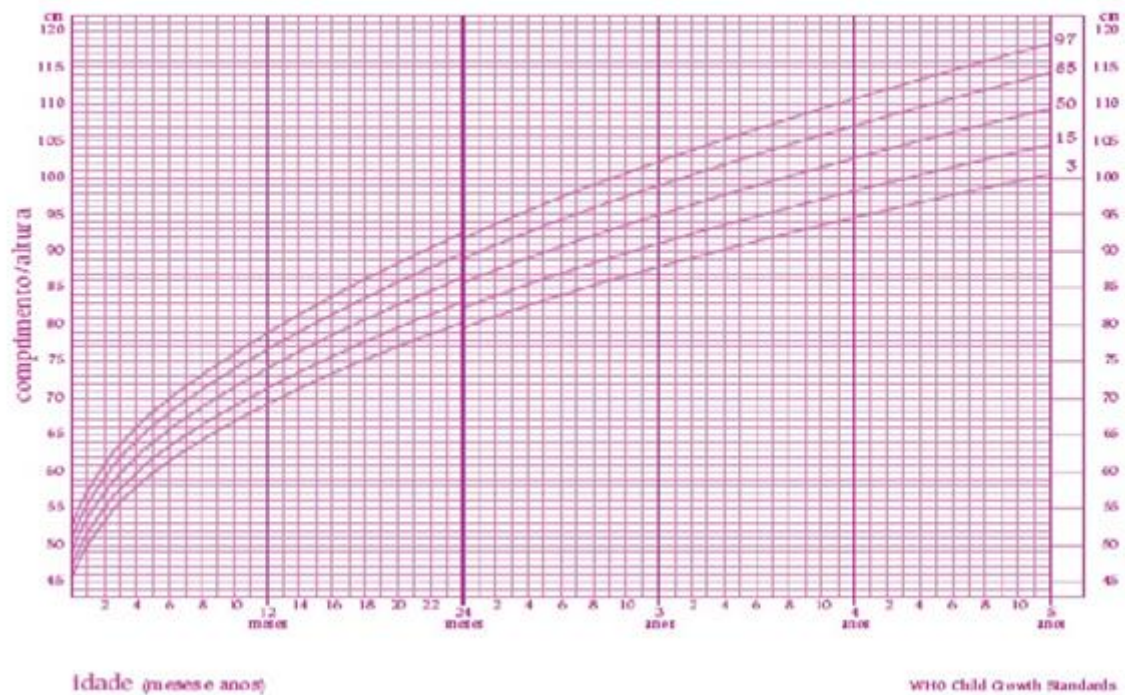
Edição atualizada e revista de:

Bicho, F.; Vaz, F. (2003). Orientação de Atuação de Enfermagem Monitorizar Perímetro Cefálico, Torácico e Abdominal. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual jun.2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. II, pp.55-78). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS

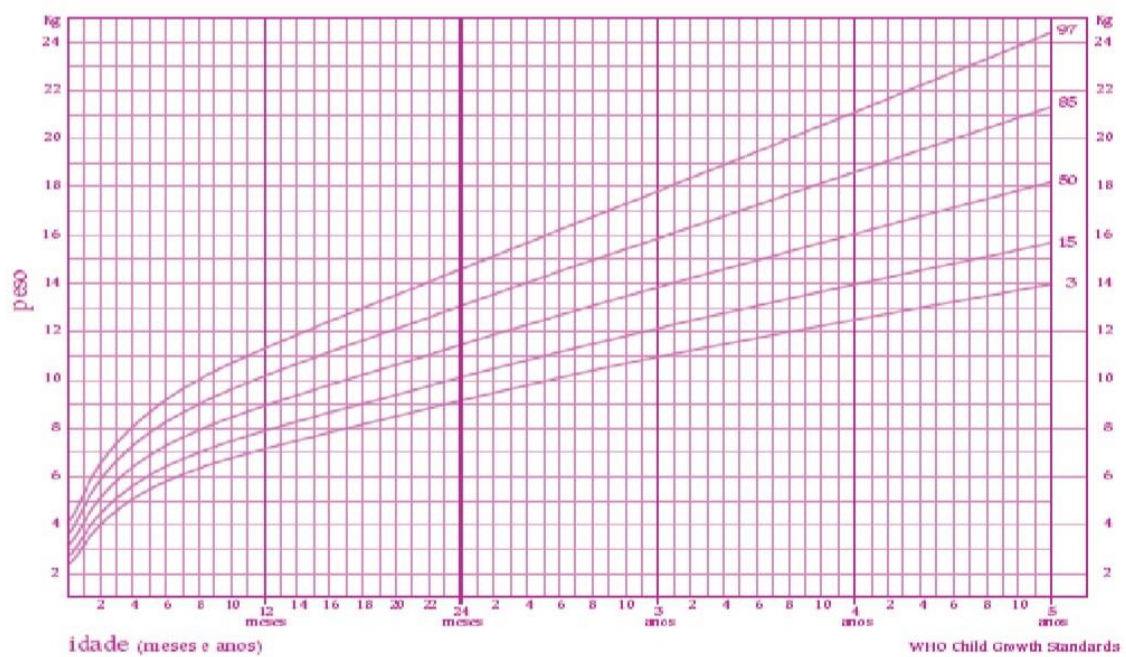
Bicho, F.; Vaz, F. (2003). Orientação de Atuação de Enfermagem Monitorizar Peso, Comprimento e altura na Criança. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual jun.2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. II, pp.61-64). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS

Curvas de Crescimento adotadas pelo PNSIJ (2013)

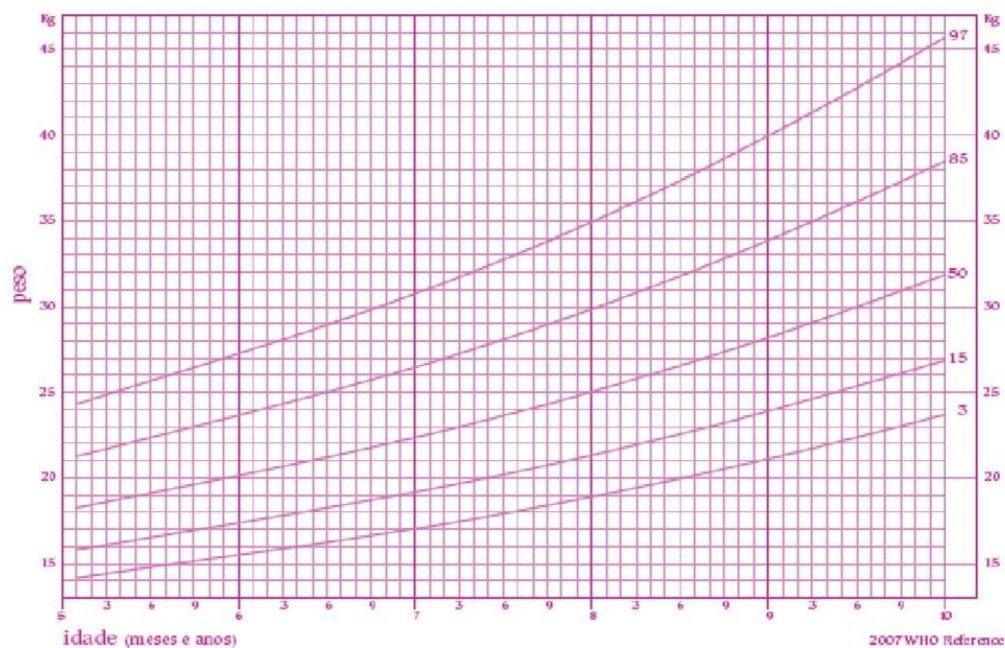
Raparigas – Comprimento/altura 0 – 5 A



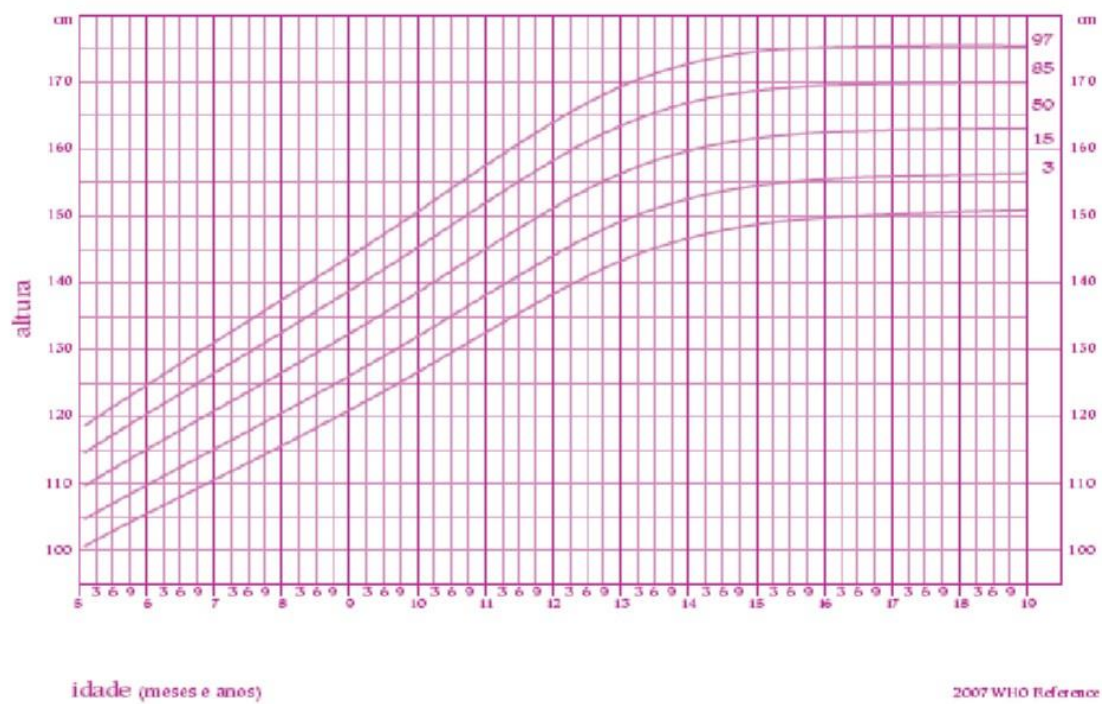
Raparigas – Peso 0 – 5 A



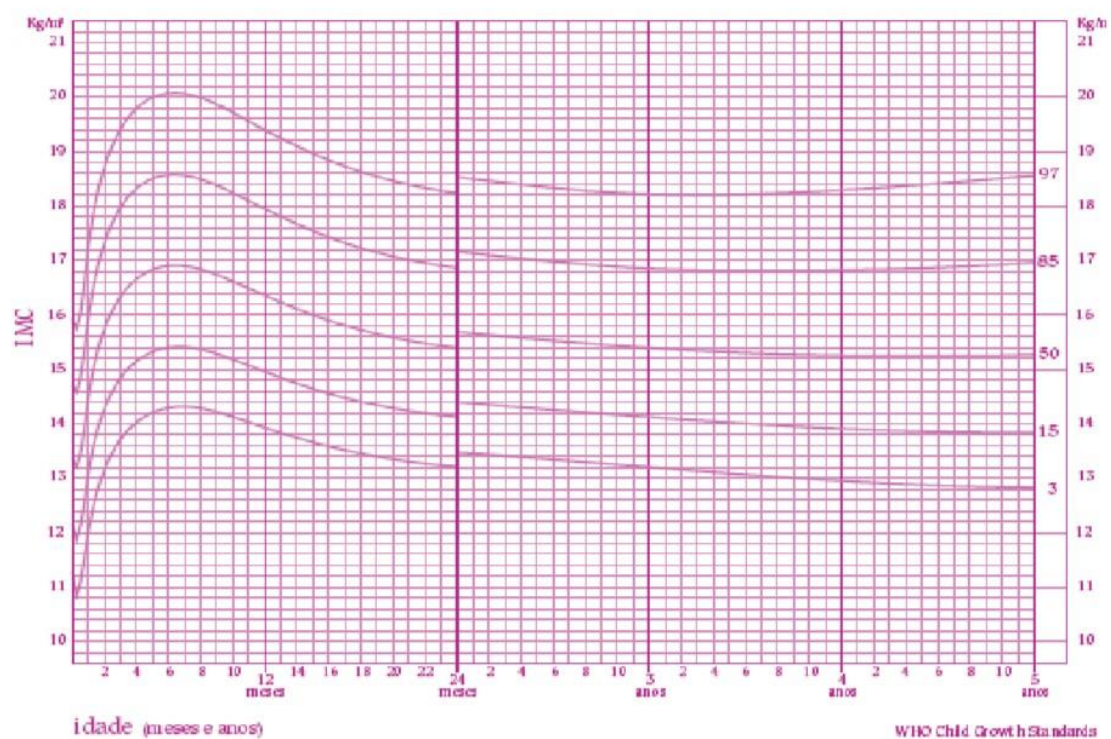
Raparigas – Peso 5 aos 10 A



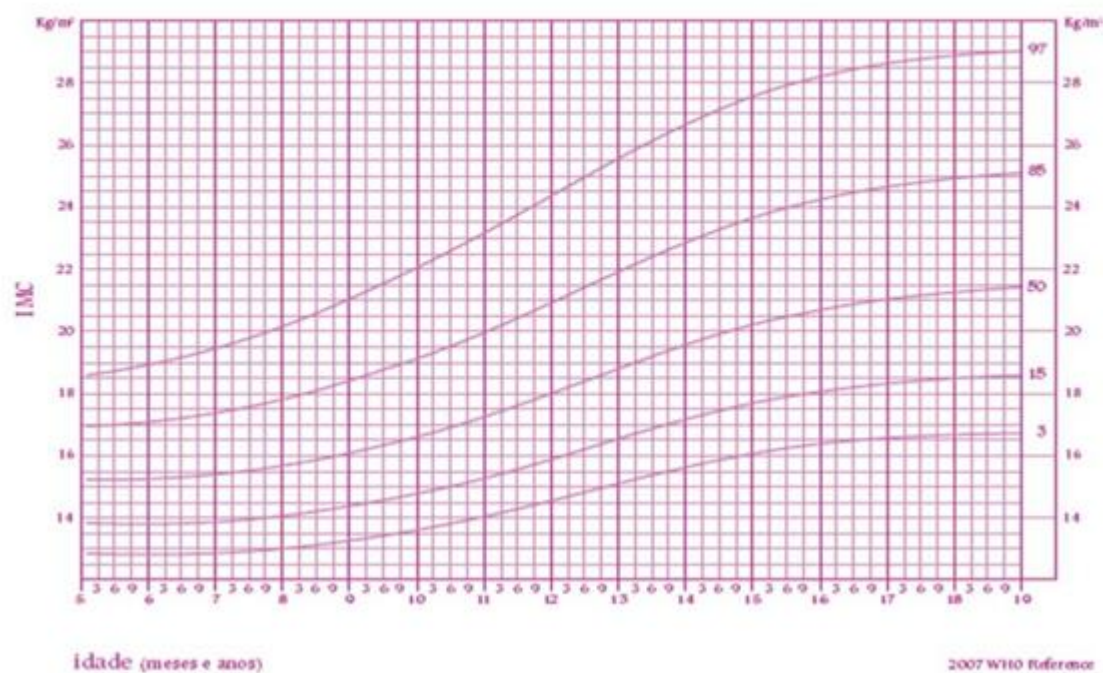
Raparigas – Altura 5 aos 19 A



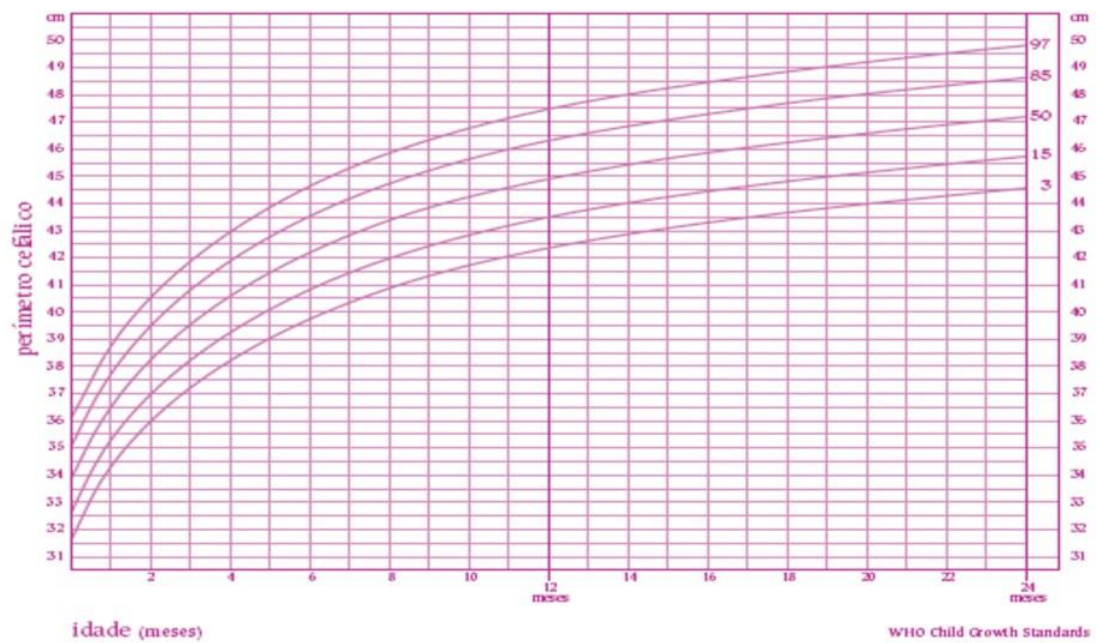
Raparigas – **IMC 0-5 A**



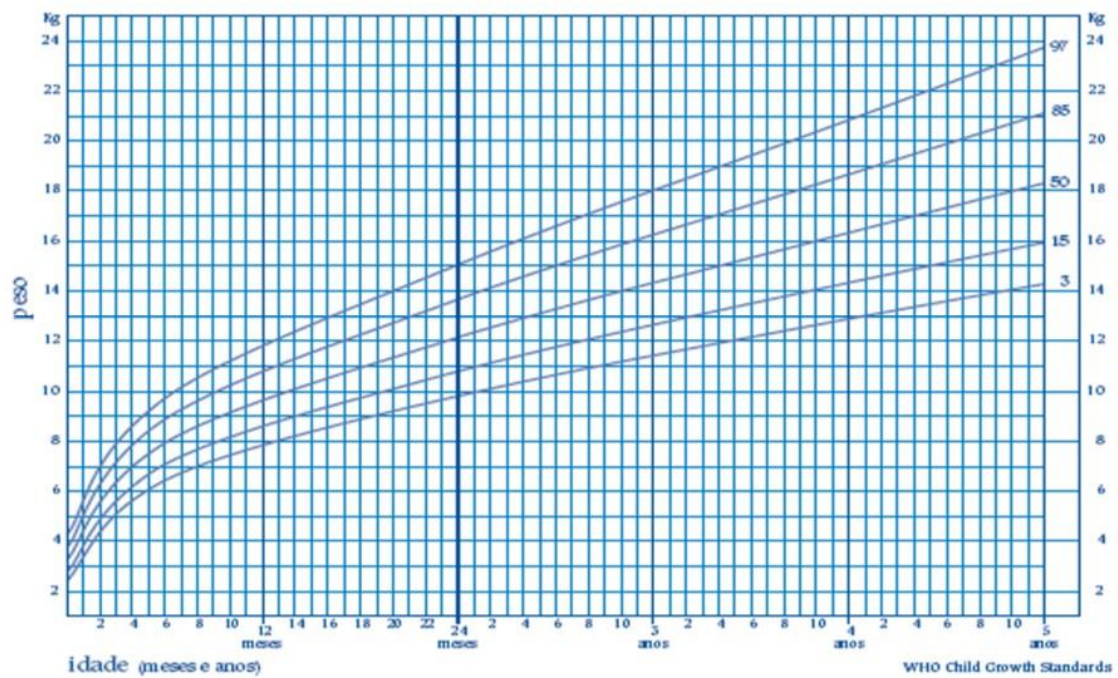
Raparigas – **IMC 5-19 A**



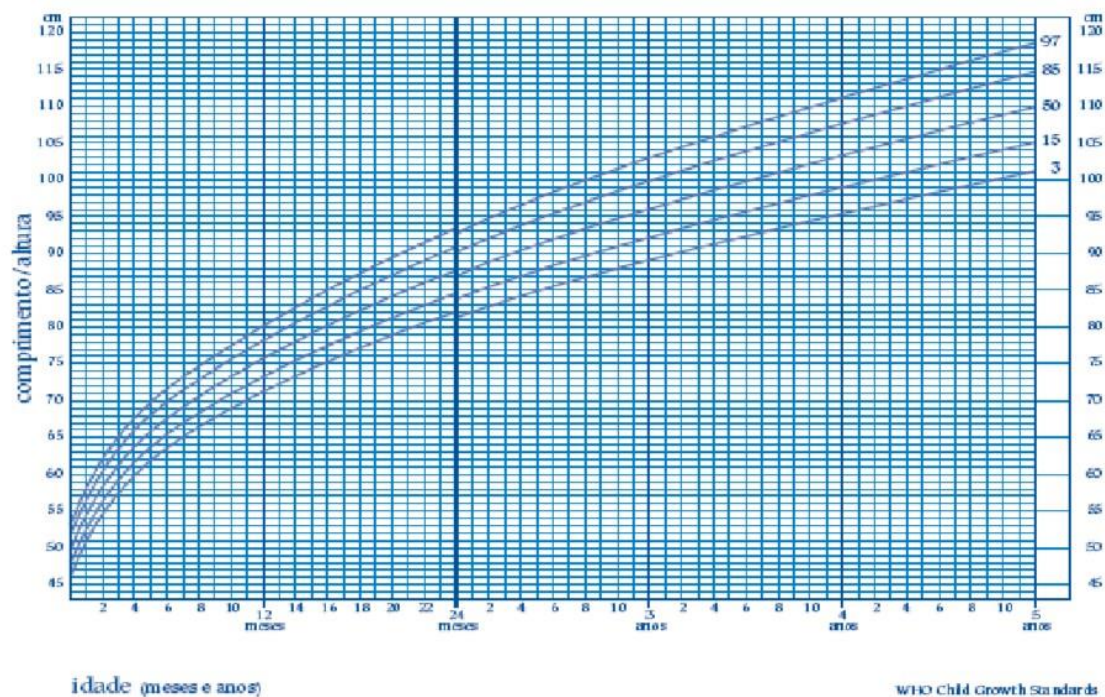
Raparigas – Perímetro cefálico 0-24 M



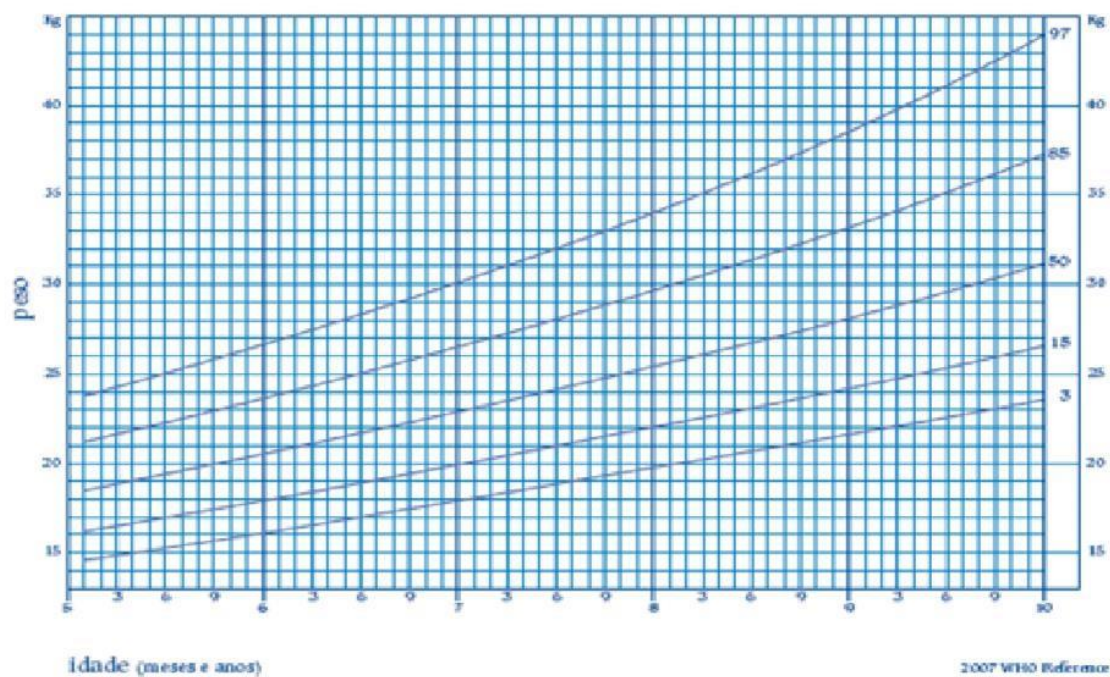
Rapazes – Peso 0-5 A



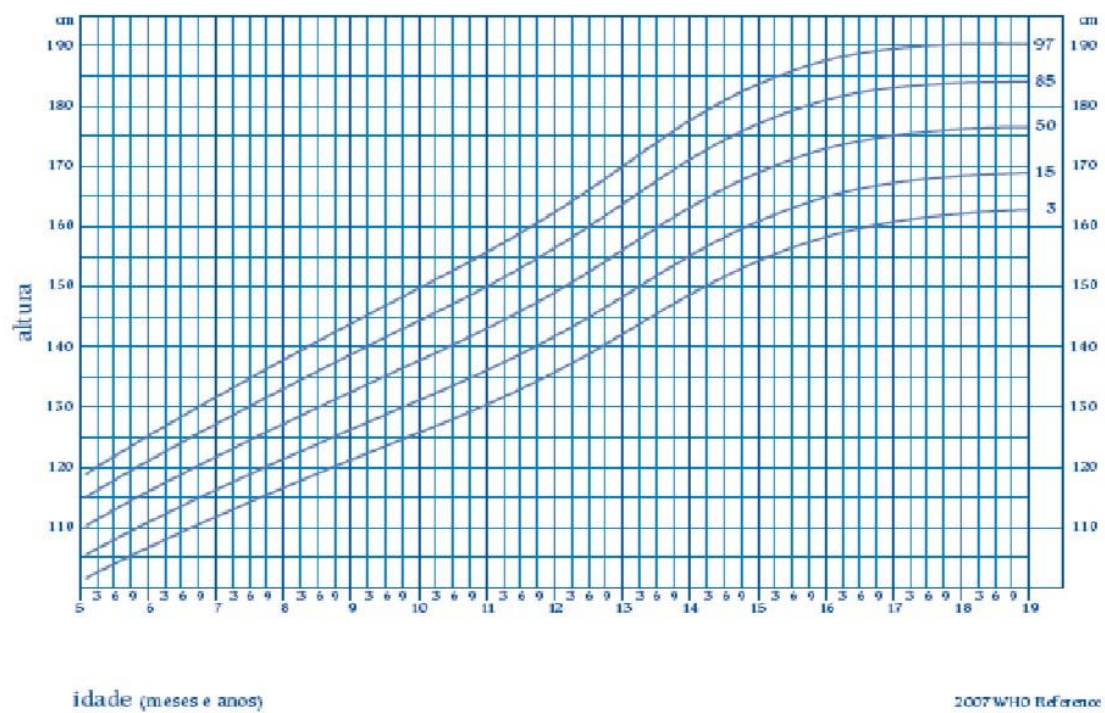
Rapazes – Comprimento/altura 0-5 A



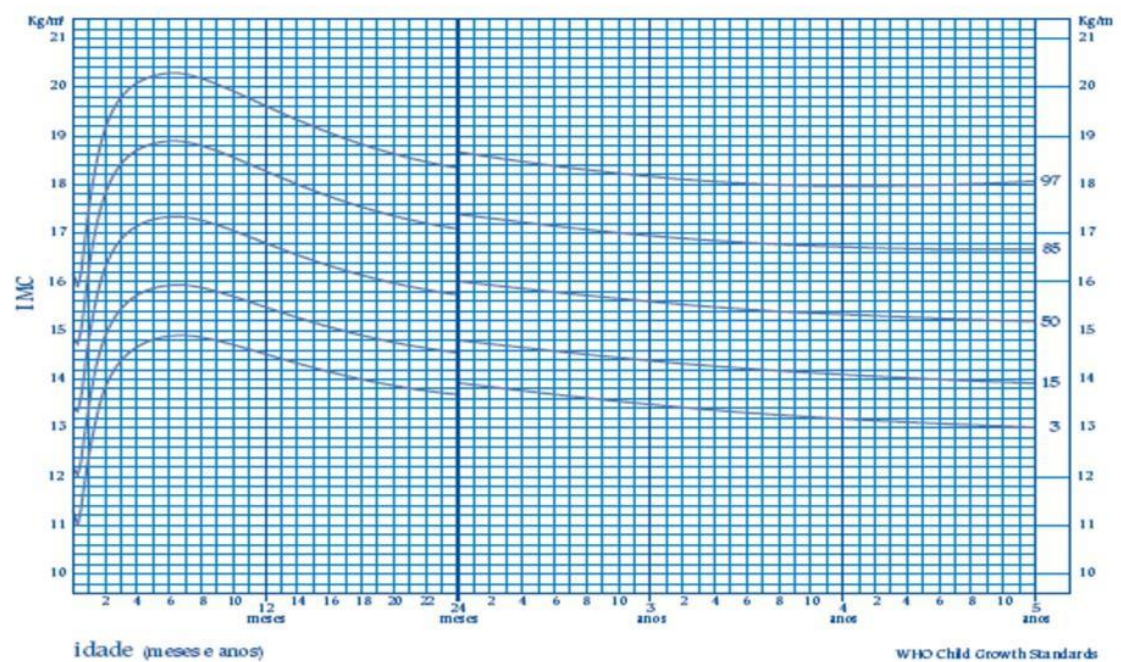
Rapazes – Peso 5 aos 10 A



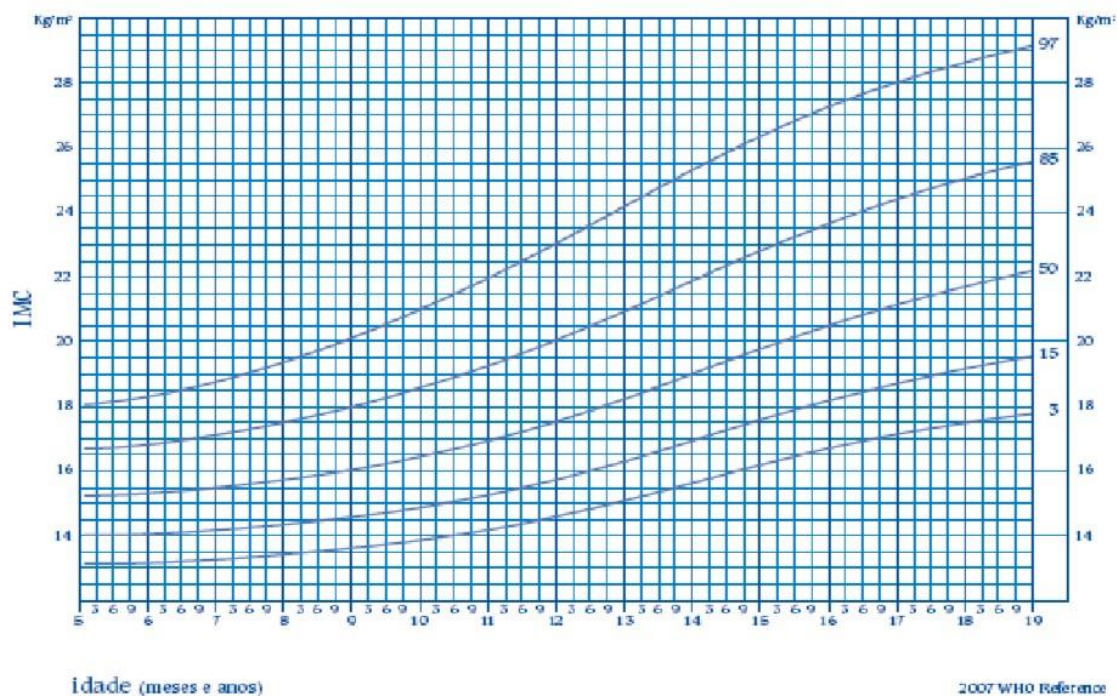
Rapazes – Altura 5-19 A



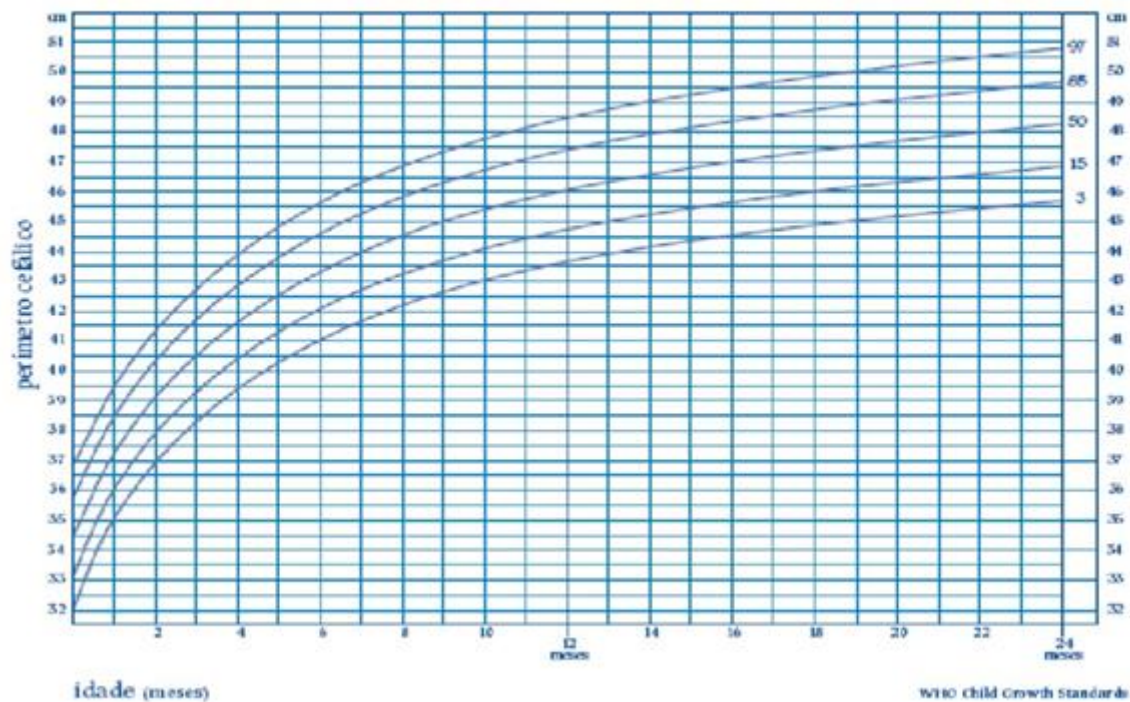
Rapazes – IMC 0-5 A



Rapazes – IMC 5-19 A



Rapazes – Perímetro cefálico 0-24



PROMOVER O CONFORTO

Orientação 08. *Adequar estratégias não farmacológicas de dor*

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 08. ADEQUAR ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE DOR

Ana Margarida Ferreira, Carmen Cerqueira, Joana Barata, Ana Lúcia Ramos & Marta Jesus

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo e interdependente, que consiste na adequação de estratégias não farmacológicas perante uma avaliação de dor na criança.

As estratégias não farmacológicas de controlo da dor na criança são uma mais valia no alívio da dor, podendo ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com as estratégias farmacológicas. Em muitas situações a intervenção não farmacológica atua perante os processos cognitivos da criança conduzindo a uma reestruturação do significado de dor, modificando a forma como a criança reage perante a própria dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

OBJETIVOS:

Adequar estratégias não farmacológicas face à avaliação de dor da criança, adaptadas ao estadió de desenvolvimento.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Importância da utilização de medidas não farmacológicas para o controlo da dor

- A dor na criança pode conduzir a reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde um período muito inicial do seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2013).
- A avaliação e interpretação do estado emocional da criança, por parte do enfermeiro, permite adaptar a sua intervenção à situação específica (Ordem dos Enfermeiros, 2013).
- A utilização de medidas não farmacológicas para o controlo da dor não substitui a conduta farmacológica, complementam-se (Hockenberry & Wilson, 2016).
- As intervenções não farmacológicas são adequadas em casos de dor aguda, dor causada por procedimentos de diagnóstico e terapêuticos e em tratamentos de dor crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Antes do procedimento:

Realize uma colheita de dados sobre a história de dor da criança, que inclua:

Características pessoais e a sua história de dor, como: a idade, o nível de desenvolvimento, estado clínico e experiências prévias de dor;

Características do/a cuidador/a, como: sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes, percepção e atribuição de significado às experiências de dor; história de dor;

Características do profissional, como: sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes, percepção e atribuição de significado às experiências de dor, capacidade de avaliação e tomada de decisão no controlo da dor;

Aspetos culturais do contexto, como as crenças e valores (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Prepare a criança e o/a cuidador/a:

Informe sobre o procedimento e sensações que poderão ocorrer, podendo recorrer a demonstração com um modelo/ boneco e manipulação de alguns materiais (DSG, 2012);

Adeque a antecipação da informação à idade e temperamento da criança, não devedo ser excessiva de modo a aumentar a ansiedade, mas permitindo tempo suficiente para a criança se preparar (DGS, 2012);

Combine com a criança o comportamento esperado e a possível recompensa no final (DGS, 2012)

Negoceie presença de cuidador/a e atuação durante o procedimento.

Entrevista de abordagem e compreensão da dor nas crianças:

Nas crianças com idades a **partir dos seis anos e no adolescente**, a entrevista deve ser dirigida à própria criança/adolescente e aos cuidadores. Em **idades inferiores**, a entrevista é dirigida aos cuidadores. Esta entrevista deve abranger (Ordem dos Enfermeiros, 2013):

- Características da dor como a sua localização, intensidade, duração, frequência e sintomas associados;
- Fatores de alívio e de agravamento, ou seja, as estratégias efetuadas pelos cuidadores ou cuidadores de forma a aliviar a dor, e em que circunstâncias piora;
- Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Formas de comunicar/expressar a dor, isto é, como é que a criança manifesta a sua dor;
- Experiências anteriores traumatizantes e medos que marcaram a criança;
- Estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- Atitude da criança em ambiente familiar;
- Efeitos da dor na vida diária (caso a criança tenha dor aguda ou crónica), impacto emocional e socioeconómico.

Avalie a intensidade da dor recorrendo a instrumentos de avaliação da dor pediátrica:

Os instrumentos de avaliação da dor têm em consideração: **Medidas Comportamentais:** observação do comportamento da criança face à sua dor. Utilizado em crianças que ainda não verbalizam ou que apresentam deficiência ou confusão mental; **Medidas Fisiológicas:** analisam a frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, suor das mãos, níveis de cortisona, oxigénio transcutâneo, tónus vagal e concentração de endorfina. Utilizado predominantemente nos lactentes; e **Medidas de Autorelato:** utilizadas em crianças que conseguem verbalizar a dor sentida.

Durante o procedimento:

Adeque a estratégia não farmacológica face à avaliação realizada (OE, 2013):

- Estratégias não farmacológicas comportamentais: são realizados ensinamentos de comportamentos de alívio da dor (por exemplo, o relaxamento);
- Estratégias não farmacológicas cognitivas: aplicam-se métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, informação prévia);
- Estratégias não farmacológicas cognitivo-comportamentais: utilizam-se estratégias que modificam a perceção da dor, da reação inflamatória e da tensão muscular (por exemplo, a distração);
- Estratégias não farmacológicas físicas: aplicam-se estratégias que permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular (por exemplo, aplicação de agente físico, massagem).
- Estratégias não farmacológicas de suporte emocional: promove-se o conforto através da presença de uma pessoa significativa (por exemplo, presença do/a cuidador/a);
- Estratégias não farmacológicas ambientais: melhora-se o ambiente, como a intensidade da luz ou a temperatura, promovendo maior conforto à criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Após o procedimento:

Reforce, positivamente, a criança e cuidador/a:

Utilize o elogio verbal e pondere a utilização de recompensas, como autocolante, certificado, entre outros.

Avalie a sua intervenção:

Reavalie a dor da criança e se a estratégia adotada foi eficaz.

Se necessário utilize outra estratégia não farmacológica para controlo da dor ou associe uma estratégia farmacológica.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Instrumentos de avaliação da dor impressos.

ADEQUAR ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE DOR	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Lave as mãos antes de contactar com a criança.	1. Previne a contaminação.
2. Identifique a criança.	2. Previne erros.
3. Observe o comportamento da criança.	3. Permite identificar a existência de dor.
4. Avalie as características da dor: intensidade, localização (se possível), frequência, duração, fatores atenuantes e exacerbantes.	4. Economiza tempo e facilita o procedimento.
5. Utilize o instrumento de avaliação da dor mais adequado à situação, de modo a avaliar a intensidade da dor.	5. Diminui a possibilidade de uma avaliação subjetiva por parte do profissional.
6. Explique o procedimento aos cuidadores/criança e incentive a sua colaboração de acordo com o tipo de instrumento de avaliação, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas envolvidas.	6. Obtém-se consentimento, colaboração e promove a parceria de cuidados.
7. Confirme se os cuidadores/criança compreenderam o procedimento e, caso necessário, repita a informação.	7. Esclarece dúvidas e evita enganos.
8. Selecione o melhor método não farmacológico para controlo da dor: Se recém-nascido e lactente: a. Diminua a incidência de luzes;	8. Permite responder de forma eficaz à avaliação da dor realizada: a. Reduz os efeitos adversos sobre o desenvolvimento sensorial, neuronal e global. Os níveis contínuos de incidência de luz elevam os níveis de stress e cortisol, bem como impedem o desenvolvimento normal do ritmo

<p>b. Reduza o ruído ambiente;</p> <p>c. Persevere períodos de sono e repouso ao/a bebé;</p> <p>d. Proporcione um posicionamento confortável para o/a bebé, por exemplo: a contenção;</p> <p>e. Realize uma massagem terapêutica;</p> <p>f. Embale o/a bebé;</p> <p>g. Estimule o contacto físico dos cuidadores com o/a bebé, por exemplo através do método canguru;</p> <p>h. Incentive a sucção não nutritiva;</p>	<p>circadiano, os ritmos de sono e vigília. Logo, é necessário diminuir esta incidência de forma a otimizar o crescimento físico e aumentar a estabilidade hemodinâmica. (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018)</p> <p>b. Diminui os efeitos nefastos sobre o/a bebé, uma vez que os bebés nascidos expostos a ruídos podem ter um aumento da pressão sanguínea, da frequência cardíaca, e perder a audição entre outras alterações fisiológicas</p> <p>c. Promove o desenvolvimento sensorial, neuronal e global (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).</p> <p>d. Promove a organização comportamental do/a recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2013).</p> <p>e. Promove o estabelecimento de laços afetivos, regula os sistemas fisiológicos e imunitário, e diminui a ansiedade e os níveis de stress (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).</p> <p>f. Promove o desenvolvimento sensorial, neuronal e global (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).</p> <p>g. Permite diminuir a resposta comportamental e fisiológica à dor, em recém-nascidos a termo. O método canguru reduz a duração do choro, a atividade comportamental e a frequência cardíaca em recém-nascidos pré-termo (Ordem dos Enfermeiros, 2013).</p> <p>h. O uso da chupeta inibe a hiperatividade e o desconforto do/a recém-nascido. Ocorre apenas durante os movimentos ritmados de sucção (Ordem dos Enfermeiros, 2013).</p>
---	--

<p>i. Incite o aleitamento materno;</p> <p>j. Utilize a sacarose a 24%, sobretudo em procedimentos dolorosos como a punção venosa;</p> <p>Se toddler e pré-escolar:</p> <p>k. Distração através de leitura, contar histórias, fazer pequenos jogos;</p> <p>l. Imaginação guiada;</p> <p>m. Relaxamento muscular;</p> <p>Se criança em idade escolar:</p> <p>n. Fornecer informação antecipatória;</p> <p>o. Distração;</p> <p>p. Reforço positivo;</p>	<p>i. Promove os benefícios nutricionais e afetivos, com repercussões positivas no alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).</p> <p>j. Promove tranquilidade ao/a bebé e/ou diminuição do tempo de choro. Só acontece quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, indicando que o efeito é mediado pelas papilas gustativas, ou seja, pela sensação do gosto doce. A solução adocicada diminui o tempo de choro e a mímica facial de dor, uma vez que provoca a libertação de endorfinas endógenas. O efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose. (Ordem dos Enfermeiros, 2013).</p> <p>k. Reduz a sua ansiedade e medo e aumentar o autocontrolo da criança. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</p> <p>l. Promove uma sensação de bem-estar e relaxamento através dum estado de concentração focado numa ideia ou imagem particular. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</p> <p>m. Reduz o medo, a ansiedade, a náusea, o vómito e a dor. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</p> <p>n. Reduz a sua ansiedade e medo e aumentar o autocontrolo da criança. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</p> <p>o. Promove o relaxamento da criança e diminui o nível de ansiedade e de medo. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</p> <p>p. Promove a confiança da criança em si mesma, levando-a a repetir o comportamento da mesma</p>
--	---

<p>q. Imaginação guiada;</p> <p>r. Simulação ou modelação;</p> <p>s. Relaxamento muscular.</p>	<p>numa próxima situação dolorosa. (Marques, 2015)</p> <p>q. Promove uma sensação de bem-estar e relaxamento através dum estado de concentração focado numa ideia ou imagem particular. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</p> <p>r. Permite informar a criança acerca do procedimento que irá ser realizado e sugestões de atitudes que a ajudem a lidar com a dor e a ansiedade. Possibilita à criança realizar procedimentos, usando instrumentos médicos reais ou de brincar. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</p> <p>s. Reduz o medo, a ansiedade, a náusea, o vômito e a dor. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)</p>
9. Reavalie a criança quanto às características da dor.	9. Permite perceber se a(s) estratégia(s) adotada(s) foi eficaz no alívio da dor.
10. Elogie a criança pela sua colaboração. Realize à criança e cuidadores os ensinamentos necessários, adequando a linguagem ao estadiário de desenvolvimento e literacia dos envolvidos. Registe a avaliação da dor inicial, estratégias adotadas e resultados. Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	10. Promove literacia e parceria nos cuidados. Confirma o procedimento e identifica que o executou, permitindo a continuidade de cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- Direção Geral de Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier Editora Ltda.

- Linhares, M., & Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. 18, pp. 307-325. Obtido em setembro de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a06.pdf>
- LMC, B. (2016). *Avaliação da dor: Manual de estudo versão - 1*. Coimbra.
- Marques, P. C. (Outubro de 2015). A Educação Pré-Escolar: Regras, Comportamentos e Cidadania.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo de dor na criança. *Guia Orientador de Boa Prática, Série 1*(Ordem dos Enfermeiros), 80. Lisboa. Obtido em junho de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consensos em Neonatologia. Obtido em 30 de set de 2019, de <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensuses/>

PROMOVER ALIMENTAÇÃO EFETIVA

Orientação 09. *Alimentar o/a recém-nascido pré-termo por via oral*

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 09. ALIMENTAR O/A RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO POR VIA ORAL

Ana Sartóris, Mónica Costa & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO

Procedimento de enfermagem, de carácter autónomo e interdependente, que consiste na alimentação oral do/a recém-nascido pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas completas).

A alimentação por via oral é uma tarefa complexa que envolve a integração, maturação e coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração.

A coordenação de todos os reflexos envolvidos é uma aprendizagem e não deve ser iniciada antes das 32-34 semanas de idade gestacional.

A amamentação deve ser sempre incentivada. A alimentação por outro método deve ser utilizada apenas na ausência da mãe, quando esta expressa que não quer amamentar ou quando a amamentação está clinicamente contraindicada.

OBJETIVOS

Desenvolver as competências orais do/a recém-nascido pré-termo.

Promover a alimentação oral do/a recém-nascido pré-termo.

Alimentar o/a recém-nascido pré-termo na impossibilidade da criança ser amamentada.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO

Antes do procedimento

Otimize o ambiente

Providencie um ambiente tranquilo e livre de distrações, que permita ao/a recém-nascido concentrar-se na alimentação, nomeadamente através da diminuição da luminosidade (a suficiente para uma boa observação do/a recém-nascido), ruído e outros estímulos externos.

Promova a parentalidade

Informe os cuidadores sobre o objetivo do procedimento e explique o mesmo.

Estimule a participação dos cuidadores no alimentar o/a recém-nascido, sempre que possível e indicado.

Monitorize sinais vitais

A estimulação oral só deve ser iniciada quando o/a recém-nascido apresentar estabilidade hemodinâmica (linha basal de frequência cardíaca, linha basal de frequência e esforço respiratório, linha basal de saturação de oxigénio, estabilidade/ variação dos valores fisiológicos durante o momento de preparação para a alimentação).

Vigie o comportamento do/a recém-nascido

Verifique se o/a recém-nascido se revela alerta, calmo e com sinais de fome (agitação motora, reflexo de busca, vigoroso reflexo de sucção não nutritiva).

Promova o estado de alerta 15 minutos antes de alimentar o/a recém-nascido, procedendo à mudança da fralda, com suavidade e recurso à sucção não nutritiva para providenciar organização psicomotora ao/a recém-nascido. Aproveite para comunicar com o/a recém-nascido, conversando em tom suave.

Aplique a escala EFS-MV (ver Orientação05. Avaliar as competências orais do/a recém-nascido pré-termo).

Avalie a preparação do/a recém-nascido para a alimentação oral, através da subescala “Preparação para a alimentação oral” da escala EFS-MV, imediatamente antes de iniciar a alimentação oral. O/a recém-nascido consegue manter o corpo em flexão, com membros superiores colocados à linha média? Estádio de alerta? Mantém tônus muscular e flexão dos membros durante a observação? Aquando oferta de sucção não nutritiva (chucha ou dedo), dirige a atenção à mamada? A linha basal de saturação de oxigénio é superior a 93%? Se responder afirmativamente a todas estas questões, o/a recém-nascido está pronto para iniciar alimentação oral. Caso o/a recém-nascido permaneça sonolento, mesmo após 2.^a estimulação para o estado de vigília, suspenda a alimentação por via oral.

Planeie o procedimento

Selecione o método de alimentação oral de acordo com a fase em que o/a recém-nascido se encontra no seu treino de autonomia alimentar.

Durante o procedimento

Posicione o/a recém-nascido

Coloque o/a recém-nascido em posição semi-sentado no colo do/a cuidador/a, mantendo a cabeça e o tronco elevados num ângulo aproximado de 45° relativo às nádegas ou, em alternativa, coloque o/a recém-nascido em decúbito semi-lateral, mas com a cabeça em posição mais elevada que a anca.

Facilite a posição neutra da cabeça e pescoço do neonato, em flexão (queixo ligeiramente inclinado para baixo, evitando a extensão da cabeça ou uma flexão excessiva).

Conforte o/a recém-nascido

Utilize estratégias promotoras do conforto do/a recém-nascido, tais como o enrolamento e o aconchego do/a recém-nascido com um cobertor, manta ou fralda de pano, de forma a direcionar as mãos do/a recém-nascido à linha média e a contê-lo. Tenha atenção para não apertar demasiado o/a recém-nascido.

Vigie a adaptação do/a recém-nascido à alimentação oral

Vigie sinais de alerta, comportamentos de stresse e estabilidade hemodinâmica do/a recém-nascido durante a alimentação oral.

Sempre que o/a recém-nascido demonstre sinais de fadiga, promova a pausa para descanso do/a recém-nascido e aguarde que o/a recém-nascido recupere. Caso não recupere, suspenda a alimentação por via oral.

Aplique a escala EFS-MV (ver Orientação05. Avaliar as competências orais do/a recém-nascido pré-termo).

Após o procedimento

Vigie a autonomia do/a recém-nascido no alimentar

Vigie a estabilidade hemodinâmica e o estado geral do/a recém-nascido.

Promova a recuperação da alimentação oral nos primeiros cinco minutos após o seu término.

Se o/a recém-nascido não ingerir a quantidade necessária durante o estado de alerta, proceder à administração da quantidade restante por sonda gástrica.

Realize os registos de enfermagem

Registe o desempenho do/a recém-nascido no respetivo processo clínico (identificação da técnica utilizada, descrição da qualidade da sucção, tempo de administração da totalidade do leite, tolerância alimentar, estabilidade hemodinâmica).

Aplique a escala EFS-MV (ver Orientação05. Avaliar as competências orais do/a recém-nascido pré-termo).

Promova o envolvimento familiar

Envolva os cuidadores na promoção da autonomia alimentar, informando-os sobre o desempenho do/a recém-nascido e intervenções futuras planeadas.

MATERIAL NECESSÁRIO

Equipamento de proteção individual (avental descartável e luvas).


Copo, biberão, tetina ou sonda consoante o método escolhido.

Cobertor/manta/fralda de pano, se necessário.

ALIMENTAR O/A RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO POR VIA ORAL: PROCEDIMENTO COMUM A TODOS OS MÉTODOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a criança e a prescrição.	1. Previne erros de identificação e prescrição.
2. Proceda à higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Explique os objetivos e o procedimento aos cuidadores, solicitando o seu consentimento e colaboração, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e literacia das pessoas significativas.	3. Promove a parceria dos cuidados e diminui o stress do/a cuidador/a.
4. Reúna todo o material necessário e transporte-o para junto da pessoa.	4. Economiza tempo.
5. Otimize o ambiente.	5. Permite ao/a recém-nascido a organização psicomotora necessária à alimentação por via oral.
6. Coloque os EPI's.	6. Previne infeções.
7. Acorde o/a recém-nascido, de forma suave.	7. Impede comportamentos de stress.
8. Vigie o comportamento do/a recém-nascido.	8. Promove o desenvolvimento da autorregulação e permite perceber a preparação do/a recém-nascido para a alimentação oral.
9. Avalie o estado de alerta e a estabilidade hemodinâmica do/a recém-nascido. Caso o/a recém-nascido se apresente sonolento, aguarde 15-20 minutos e estimule, outra vez, o estado de alerta.	9. Previne complicações.
10. Promova mudança da fralda e a sucção não nutritiva.	10. Promove o estado de alerta 15 minutos antes de iniciar a alimentação oral.
11. Avalie a capacidade do/a recém-nascido para se alimentar por via oral.	11. Garante a manutenção do interesse do/a recém-nascido na alimentação oral.
12. Posicione corretamente o/a recém-nascido (coloque o/a recém-nascido em posição semi-sentado no colo do/a cuidador/a, com elevação da cabeça e do tronco, num ângulo de 45° relativo às	12. Promove a organização psicomotora do/a recém-nascido e minimiza o gasto energético associado à alimentação.

nádegas ou em decúbito semi-lateral mas com a cabeça mais elevada que a anca).	
13. Conforte o/a recém-nascido, através do aconchego ou do enrolamento, de forma a contê-lo o a direcionar as mãos à linha média.	13. Providenciar conforto ao/a recém-nascido e garantir as condições ótimas para a sua autorregulação, promovendo medidas facilitadoras da alimentação oral do/a recém-nascido.
14. Inicie a alimentação oral de acordo com a técnica escolhida previamente.	14. Garante o aporte nutritivo necessário ao crescimento e promove a autonomia alimentar do/a recém-nascido.

Quando o/a recém-nascido ainda não está adaptado à mama, o método preferencial para a alimentação oral deve recair sobre o copo. O copo deve ser pequeno, de rebordo macio e transparente, para permitir a visualização do seu conteúdo.

ALIMENTAR O/A BEBÉ POR COPO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
15. Coloque o leite no copo no máximo até meio ou a quantidade que o/a recém-nascido tiver prescrita se for inferior	14. Garante a aplicação correta da técnica.
16. Toque com o copo no centro ou no canto do lábio do/a recém-nascido.	15. Estimula o reflexo de procura e o interesse do/a recém-nascido pela alimentação.
17. Incline ligeiramente o copo, apenas para permitir que uma pequena quantidade de leite toque no lábio do/a recém-nascido (não deitar leite para dentro da boca).	16. Informa o/a recém-nascido de que o leite está à sua disposição e previne o engasgamento e aspiração de leite para a traqueia e pulmões.
 <p>Fonte: https://maepop.com.br/leite-no-copo-para-bebes/</p>	

18. Espere que o/a recém-nascido exteriorize a língua e a movimente de forma a levar leite para o interior da cavidade oral, mantendo a posição do copo ao longo do procedimento, mesmo durante as pausas.	17. Promove a autonomia alimentar do/a recém-nascido.
19. Se necessário, proporcione um ligeiro apoio no mento do/a recém-nascido, sem exercer muita pressão.	18. Auxilia o/a recém-nascido a manter o posicionamento correto, devido à imaturidade muscular envolvida na alimentação oral.
20. Promova a eructação.	19. Promove o conforto e a tolerância alimentar.
21. Respeite as pausas do/a recém-nascido para respirar, descansar e eructar.	20. Previne a fadiga.
22. Elogie o desempenho do/a recém-nascido e informe os cuidadores sobre o comportamento do/a recém-nascido durante a administração de leite por via oral.	21. Promove o papel parental e a vinculação.
23. Proceda à higiene das mãos.	22. Previne a contaminação.
24. Reúna e acondicione o material utilizado.	23. Promove o acondicionamento correto do material.
25. Registe e documente os resultados (descreva as características da alimentação e competências observadas do/a recém-nascido). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	24. Promove a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

Quando o/a recém-nascido ainda não está adaptado à mama e não se adapta ao copo, a técnica de alimentação oral deve ser a sonda-dedo.

ALIMENTAR O/A RECÉM-NASCIDO POR Sonda-DEDO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
15. Calce luvas.	14. Previne a contaminação.
16. Selecione a sonda gástrica adequada ao tamanho do/a recém-nascido, recorrendo aos critérios utilizados para a entubação naso ou orogástrica.	15. Permite a aplicação correta da técnica.

<p>17. Coloque a sonda gástrica junto ao 2.º ou 5.º dedo da mão, conforme o tamanho do/a recém-nascido, de forma a ficar bem aderente e sustentada com adesivo (a ponta distal da sonda, tradicionalmente localizada no estômago aquando a entubação gástrica, deve ficar na porção distal do dedo).</p>  <p>Fonte: https://nascersuave.wordpress.com/2016/08/02/a-realidade-da-amamentacao/</p>	<p>16. Permite adequar a técnica ao/a recém-nascido em concreto a ser alimentado.</p>
<p>18. Coloque o leite num copo ou biberão aberto e a ponta proximal, onde habitualmente é conectado dispositivo para administração de leite (seringa ou prolongamento), no interior do copo ou biberão, abaixo do nível do leite.</p>	<p>17. Disponibiliza o leite ao/a recém-nascido.</p>
<p>19. Toque com o dedo no centro ou no canto do lábio do/a recém-nascido.</p>	<p>18. Estimula o reflexo de procura e o interesse do/a recém-nascido pela alimentação.</p>
<p>20. Quando o/a recém-nascido abrir a boca, coloque o dedo dentro da cavidade oral do/a recém-nascido, com a face interna para cima em direção ao palato, e aguarde pelo início da sucção.</p>  <p>Fonte: https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=1979&language=English</p>	<p>19. Estimula o reflexo de sucção e promove a autonomia alimentar do/a recém-nascido.</p>

21. Se necessário, proporcione um ligeiro apoio no mento do/a recém-nascido, sem exercer muita pressão.	20. Auxilia o/a recém-nascido a manter o posicionamento correto, devido à imaturidade muscular envolvida na alimentação oral.
22. Promova a eructação.	21. Promove o conforto e a tolerância alimentar.
23. Respeite as pausas do/a recém-nascido para respirar, descansar e eructar.	22. Previne a fadiga.
24. Elogie o desempenho do/a recém-nascido e informe os cuidadores sobre o comportamento do/a recém-nascido durante a administração de leite por via oral.	23. Promove a Parentalidade e a vinculação.
25. Proceda à higiene das mãos.	24. Previne a contaminação.
26. Reúna e acondicione o material utilizado.	25. Promove o acondicionamento correto do material.
27. Registe e documente os resultados (descreva as características da alimentação e competências observadas do/a recém-nascido). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	26. Promove a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

Quando o/a recém-nascido está adaptado à mama, tem indicação clínica ou por vontade materna não é amamentado, deve ser alimentado por tetina de baixo fluxo.

ALIMENTAR O/A RECÉM-NASCIDO POR TETINA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
15. Prepare o leite, adaptando a tetina adequada ao biberão.	14. Previne o tempo de espera do/a recém-nascido.
16. Toque com a ponta da tetina no centro ou no canto do lábio do/a recém-nascido.	15. Estimula o reflexo de procura e o interesse do/a recém-nascido pela alimentação.
17. Quando o/a recém-nascido abrir a boca, coloque a tetina na cavidade oral e aguarde que o/a recém-nascido inicie a sucção.	16. Disponibiliza o leite ao/a recém-nascido, estimula o reflexo de sucção e promove a autonomia alimentar.



Fonte: <https://www.breastmilkcounts.com/your-milk-supply/introducing-a-bottle/>

18. Se necessário, proporcione um ligeiro apoio no mento do/a recém-nascido, sem exercer muita pressão.	17. Auxilia o/a recém-nascido a manter o posicionamento correto, devido à imaturidade muscular envolvida na alimentação oral.
19. Promova a eructação.	18. Promove o conforto e a tolerância alimentar.
20. Respeite as pausas do/a recém-nascido para respirar, descansar e eructar, evitando os movimentos de rotação da tetina na cavidade oral durante o descanso do/a recém-nascido.	19. Previne a fadiga, a desorganização e o surgimento de náuseas e/ou vômitos.
21. Elogie o desempenho do/a recém-nascido e informe os cuidadores sobre o comportamento do/a recém-nascido durante a administração de leite por via oral.	20. Promove a parentalidade e a vinculação.
22. Proceda à higiene das mãos.	21. Previne a contaminação.
23. Reúna e acondicione o material utilizado.	22. Promove o acondicionamento correto do material.
24. Registe e documente os resultados (descreva as características da alimentação e competências observadas do/a recém-nascido). Elabore diagnósticos, intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	23. Promove a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Als, H., & Gilkerson, L. (1997) Apoio na área do desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2(28), 165-72.
- Bingham, P.M., Ashikaga, T., & Abbasi, S. (2012). Relationship of Neonatal Oral Motor Assessment Scale to feeding performance of premature infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 18(1), 30-36. doi:10.1016/j.jnn.2010.09.004
- Curado, M.A.S., Marôco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L.M., & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência, série IV*, 12,131-142. doi: 10.12707/RIV16070
- Flint, A., New, K., & Davies, M.W. (2016). Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, article number CD005092. doi: 10.1002/14651858.CD005092.pub3.
- Fujinaga, C.I., Duca, A.P., Petroni, R.A.C.L., & Rosa, C.H. (2012). Indicações e uso da técnica “sonda-dedo”. *Revista CEFAC*, 4, 721-724.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.
- McGrattan, K.E., McFarland, D.H., Dean, J.C., Hill, E., White, D.R., & Martin-Harris, B. (2016). Effect of single-use, laser-cut, slow-flow nipples on respiration and milk ingestion in preterm infants. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26, 832-839. doi: 10.1044/2017_AJSLP-16-0052
- Moreira, C.M.D., Cavalcante-Silva, R.P.G.V., Fujinaga, C.I., & Marson, F. (2017). Comparação entre o método sonda-dedo versus copo na transição alimentar do/a recém-nascido prematuro. *Jornal de Pediatria*, 93(6), 585-591. doi: 10.1016/j.jped.2016.12.008
- Neto, F.M.J. (2014). *A transição para a alimentação oral no/a recém-nascido prematuro* (dissertação de mestrado). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pacheco, S.T.A., Rodrigues, B.M.R.D., Araújo, B.B.M., Cabral, I.E., Organista, R.R., & Enrici, M.J.S. (2012). Significado do uso do copinho em unidade de terapia intensiva neonatal: A vivência materna. *Revista Enfermagem Uerj*, 20, 434-438. doi: 10.12957/reuerj.2012.4674
- Pereira, P.P.S.R. (2014). *Desenvolvimento infantil: Os registos na importância do cuidar em enfermagem* (relatório de estágio). Lisboa, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao/a recém-nascido de alto risco* 6.ª edição. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Thoyre, S.M., Shaker, C., & Pridham, K.F. (2005). The Early Feeding Skills Assessment for preterm infants. *Neonatal Network*, 24, 2-10. doi: 10.1891/0730-0832.24.3.7

Torrance, H. (2017). *A guide to finger-feeding. Information for parents and careers*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Hospitals.

PREVENIR COMPLICAÇÕES

Orientação 10. *Executar cuidados de enfermagem ao/à recém-nascido/a submetido/a a fototerapia*

Orientação de Atuação de Enfermagem

ORIENTAÇÃO 10. EXECUTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO/À RECÉM-NASCIDO/A SUBMETIDO/A A FOTOTERAPIA

Inês Castro, Lavinia Mendes, Mara Gonçalves, Marisa Oliveira, Patrícia Estevam, Ana Rita Figueira & Mónica Costa

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem, de carácter autónomo e interdependente, que objetiva o tratamento da hiperbilirrubinémia do/a recém-nascido e consiste na sua exposição a uma fonte de luz fluorescente azul, branca ou solar.

A icterícia surge quando o valor de bilirrubina sérica é superior a 5mg/dl, designando-se por hiperbilirrubinémia e manifesta-se pela coloração amarelada da pele e mucosas. É a patologia mais frequente dos recém-nascidos, decorrente da imaturidade enzimática hepática transitória, com consequente acumulação de metabólitos como a bilirrubina.

O tratamento consiste na emissão de fotões com comprimentos de onda específicos sobre a pele do/a recém-nascido de forma a causar reações de isomerização e oxidação da bilirrubina. Esta é então convertida principalmente em lamirrubina, que é solúvel sendo excretada pelos rins e pelo fígado.

O nível de radiância permite classificar o tipo de fototerapia em convencional e intensiva e é influenciada pelo tipo de luz, distância entre a fonte de luz e o/a recém-nascido e área de pele exposta ao tratamento.

Durante o procedimento a criança fica exposta à fonte de luz durante o tempo necessário, apenas com fralda e proteção ocular.

OBJETIVOS:

Proporcionar um tratamento eficaz.

Proporcionar resultados de forma rápida, eficaz e efetiva, de forma a evitar complicações.

Promover o conforto criando um ambiente adequado ao tratamento da criança.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

O sucesso do procedimento está dependente da capacidade de identificar e compreender os sinais e sintomas da hiperbilirrubinémia neonatal, assim é importante compreender:

- No/a recém-nascido de termo, o padrão da icterícia é bifásico. A primeira fase é caracterizada pelo aumento gradual da bilirrubina sérica total, com pico entre 48/72 horas (6mg/dl), decrescendo para 3mg/dl ao quinto dia, normalizando-se antes das duas semanas de vida (fase I). No/a recém-nascido pré-termo, o pico é ao quarto dia (10-12mg/dl) e o declínio é lento, atingindo níveis normais entre as três a quatro semanas de vida (fase II). A icterícia visível desaparece numa semana no/a recém-nascido de termo e em duas semanas no/a recém-nascido pré-termo.
- Os valores de Bilirrubina podem ser avaliados através de análises clínicas, de gasimetria ou de avaliação transcutânea.
- A icterícia progride num sentido céfalo-caudal. Se apenas se encontra na cabeça do/a recém-nascido, podemos antecipar um valor relativamente baixo. Caso as extremidades do/a recém-nascido se encontrem, também, ictericas é um indicador de um nível sérico de bilirrubina elevado e perigoso.
- A observação do/a recém-nascido deve ser realizada (preferencialmente) com recurso à luz natural.

Verificar o estado da incubadora e do aparelho de fototerapia. Garantir que estão em perfeito estado de funcionamento.

Registar, a data e hora de início, interrupção e fim do procedimento de forma a fazer o cálculo do número de horas de tratamento.

Avaliar os sinais vitais, peso e despistar sinais de desidratação.

Avaliar sinais de cefalematoma, equimose ou escoriações (qualquer sugestão de um parto traumático poderá indicar hemólise extravascular, o que potenciará a produção de bilirrubina.

Fornecer a informação correta, adequada e necessária, esclarecendo eventuais dúvidas e receios. É importante que os cuidadores se encontrem familiarizados e esclarecidos com a condição de saúde do seu recém-nascido, todo o procedimento, os seus objetivos terapêuticos, e riscos associados.

Durante o procedimento:

Conhecer as indicações do fabricante do equipamento utilizado (aparelho de fototerapia e dispositivo de avaliação transcutânea, se for utilizado).

Colocar venda ocular, garantindo o prévio encerramento das pálpebras, de forma a evitar lesões na retina. Removê-la de 3 em 3 horas, procedendo à limpeza da área, prevenindo irritações ou escoriações e detetar precocemente complicações. Verificar frequentemente se a venda ocular está bem posicionada, e se não se desloca.

Caso se opte pelo método de avaliação da bilirrubina transcutânea, deve aplicar-se o dispositivo de isolamento cutâneo na região frontal do/a recém-nascido, permitindo avaliações fidedignas.

A criança deve estar, aproximadamente, 40 a 46 cm das lâmpadas de forma a garantir uma radiação ótima.

Promover a alternância de decúbitos, de forma a garantir que toda a superfície corporal recebe radiação.

Promover a hidratação frequente do/a recém-nascido, através da amamentação em livre demanda (preferencialmente), ou caso seja necessário através de leite adaptado, de forma a compensar as perdas hídricas insensíveis e pelas fezes, causadas pela fototerapia.

A fototerapia favorece a excreção de bilirrubina não-conjugada através do intestino, desta forma, evacuações de fezes moles frequentes podem causar irritação perineal, sendo necessário um meticoloso cuidado com a pele mantendo-a limpa e seca.

O/a recém-nascido deve estar completamente despido, apenas com fralda, de forma a proteger os genitais.

Não devem ser usadas loções/ óleos de hidratação corporal na pele do/a recém-nascido durante o procedimento da fototerapia, uma vez que existe risco de queimadura cutânea e de desidratação da pele.

Avaliar os sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória), peso. Despistar sinais de desidratação.

Avaliar a temperatura da incubadora, de forma a evitar sobreaquecimento.

A luz de fototerapia deve ser desligada durante a prestação de cuidados e retirada a proteção ocular, de forma a estimular o contacto visual do/a recém-nascido.

Após o procedimento:

Avaliar a integridade cutânea e os sinais de icterícia da criança.

Garantir que a criança está bem hidratada.

Instruir a cuidadores para contactar o profissional de saúde caso a criança apresente, pele avermelhada ou escoriada, diminuição da ingesta, sinais de letargia, alteração de comportamento ou se mantenha com a pele amarelada.

Envolver os cuidadores, planeando as intervenções futuras.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Incubadora ou berço;

Proteção ocular;

Fralda;

Compressas e soro fisiológico;

Aparelho de fototerapia (Lâmpadas fluorescentes, brancas ou azuis;	Capa de proteção para a incubadora;
Dispositivo de isolamento cutâneo (quando a avaliação da bilirrubina é transcutânea);	Monitor de avaliação de sinais vitais;
	Termómetro;
	Balança.

EXECUTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO/À RECÉM-NASCIDO/A SUBMETIDO/A A FOTOTERAPIA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição médica.	1. Previne o erro.
2. Certifique-se da identidade da criança.	2. Previne o erro e promove o tratamento à criança certa.
3. Lave higienicamente as mãos.	3. Previne a infeção.
4. Reúna o material e transporte-o para junto da criança/cuidadores.	4. Economiza tempo.
5. Explique o procedimento aos cuidadores e se possível envolva-os na técnica.	5. Diminui a ansiedade da criança/cuidadores. Permite a obtenção do consentimento e colaboração.
6. Lave higienicamente as mãos.	6. Previne a infeção.
7. Otimizar a incubadora (garantir que está em perfeito estado de funcionamento e regular a temperatura).	7. Previne alterações da temperatura e promove o conforto do/a recém-nascido.
8. Otimizar o aparelho de fototerapia (garantir que está em perfeito estado de funcionamento e na distância ótima para o/a recém-nascido).	8. Assegura a eficácia da fototerapia. A eficácia e a segurança das lâmpadas são asseguradas se a distância entre as mesmas e o/a recém-nascido estiverem de acordo com as instruções do fabricante e forem mantidas durante todo o tratamento.
9. Lave higienicamente as mãos.	9. Previne a infeção.
10. Dispa o/a recém-nascido, deixando apenas a fralda.	10. Promove a eficácia da fototerapia e protege os genitais.

11. Avalie os sinais vitais e o peso do/a recém-nascido.	11. Avalia o estado do/a recém-nascido e previne complicações.
12. Coloque a proteção ocular no/a recém-nascido garantindo que as pálpebras estão cerradas.	12. Previne lesões oculares e diminui a exposição à luz.
13. Coloque o/a recém-nascido na incubadora e verifique novamente o aparelho de fototerapia. Ligue-o e mantenha-o na intensidade prescrita.	13. Promove a eficácia da fototerapia e previne complicações.
14. Sempre que possível deve cobrir-se a incubadora com uma capa própria, de forma a diminuir a luminosidade no local.	14. Otimiza o ambiente e previne complicações para as pessoas que estão perto.
15. Lave higienicamente as mãos.	15. Previne a infeção.
16. Alternar os decúbitos do/a recém-nascido a cada 3 horas e avaliar a integridade cutânea, hidratação, temperatura e estado neurológico.	16. A mudança de posição aumenta a área exposta à luz. A avaliação da integridade cutânea previne a desidratação, pelas perdas de água insensíveis, ou a formação de lesões cutâneas. A avaliação da temperatura previne episódios de hipertermia, que podem ocorrer pela exposição prolongada a feixes de luzes associada à imaturidade do seu sistema tegumentar.
17. Assegure a alimentação do/a recém-nascido, promovendo a amamentação em livre demanda ou a ingestão de leite apropriado ao/a recém-nascido, com intervalos não superiores a 3 horas.	17. Através da alimentação, é estimulado o processamento da bilirrubina por parte do fígado e os movimentos peristálticos, que permite a excreção da bilirrubina nas fezes, bem como se previne a desidratação.
18. Retire a proteção ocular sempre que prestar cuidados e proceda à limpeza da zona ocular com compressa e soro fisiológico.	18. Previne complicações e assegura a limpeza dos olhos.
19. Desligue o aparelho de fototerapia sempre que prestar cuidados.	19. Previne complicações associadas à exposição da luz de fototerapia (profissionais, cuidadores e recém-nascido).
20. Vigie frequentemente o/a recém-nascido, avalie os sinais vitais e despiste sinais de desidratação, queimaduras e verifique a correta localização da venda ocular.	20. Previne complicações associadas à fototerapia.

21. Avaliar o peso diariamente durante o tratamento.	21. Permite controlo adequado do peso.
22. Avalie o valor da bilirrubinemia conforme prescrição.	22. Assegura a eficácia do tratamento, bem como previne uma exposição prolongada à fototerapia.
23. Termine o tratamento e garanta a correta manutenção do equipamento utilizado.	23. O tratamento deve ser terminado quando os níveis de bilirrubina estiverem na faixa de valores normais para o/a recém-nascido. Promove o funcionamento correto do equipamento.
24. Registe e documente os resultados. Elabore diagnósticos e intervenções de enfermagem e os respetivos resultados.	24. Promove a continuidade dos cuidados. Promove a classificação para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- Aguiar, M. & Pinto, C. (2012). Hiperbilirrubinemia Indireta Neonatal. In J. Guimarães et. al. (ed.), Neonatologia: Manual prático (2ª ed.) (p. 26-30). Lisboa, Portugal: Unidade e Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.
- Bowden, V., & Greenberg, C. (2013). Procedimentos de Enfermagem Pediátrica (3rd ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Caple, C., & Schub, T. (2018). Hyperbilirrubinemia: Monitoring in the newborn. Nursing Practice and Skills. Estados Unidos da América.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). Wong's nursing care of infants and children (10th ed.). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.
- Oliveira, C., Casati, P., Fernandes, J. Oliveira, A. & Alves, E. (2011). Fototerapia, Cuidados e Atuação de Enfermagem. In UNICIências, nº1 de V. 15, p.141-152. Brasil.
- Quintas, C., & Ramires, A. (2013). Icterícia neonatal: Avaliação e tratamento no/a recém-nascido de termo e pré-termo. In Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Recuperado a 1 de junho de 2019, em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf
- Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao/a recém-nascido de alto risco 6.ª edição. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

